

Morir de alcohol

Saber y hegemonía médica

Nueva edición corregida y aumentada



Eduardo L. Menéndez



Morir de alcohol

saber y hegemonía
médica

Eduardo L. Menéndez

Menéndez, Eduardo L.

Morir de alcohol : saber y hegemonía médica / Eduardo L. Menéndez. - 1a ed ampliada. - Remedios de Escalada : De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús, 2020.
Libro digital, PDF - (Cuadernos del ISCo. Salud colectiva / Spinelli, Hugo ; 7)

Archivo Digital: descarga y online
ISBN 978-987-4937-49-0

1. Antropología Médica. 2. Alcoholismo. 3. Mortalidad. I. Título.
CDD 613

Colección *Cuadernos del ISCo* Serie *Salud Colectiva*

Director: *Hugo Spinelli*

Editores ejecutivos: *Jorge Arakaki, Viviana Martinovich, Jescy Montoya*

Coordinación editorial de esta obra: *Jorge Arakaki, Anahi Sy*

Fotografía de tapa: *Štěpán Karásek*

Corrección de estilo: *Jorge Arakaki*

Diagramación: *Viviana Martinovich*

© 1990, Alianza Editorial Mexicana

© 2020, Eduardo L. Menéndez

© 2020, EDUNLa Cooperativa

ISBN 978-987-4937-49-0 (PDF)

DOI 10.18294/9789874937490

EDUNLa Cooperativa

Edificio "José Hernández"

29 de Septiembre 3901, B1826GLC Remedios de Escalada, Buenos Aires, Argentina

Teléfono: (54-11) 5533-5600 int. 5727

edunla@unla.edu.ar

Instituto de Salud Colectiva

Edificio "Leonardo Werthein", 29 de Septiembre 3901, B1826GLC Remedios de Escalada, Buenos Aires, Argentina

Teléfono: (54-11) 5533-5600 int. 5958

<http://cuadernosdelisco.unla.edu.ar>



Esta obra está bajo licencia internacional Creative Commons

Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0.

Las y los autores conservan sus derechos autorales y les permiten a otras personas copiar y distribuir su obra siempre y cuando reconozcan la correspondiente autoría y no se utilice la obra con fines comerciales.

Índice

Presentación	
Alcoholismo, negaciones y biopoderes imaginarios y más o menos líquidos	VII
Introducción	
Alcoholismo, alcoholización y varios presupuestos	1
Capítulo 1	
El problema del alcoholismo en México: tendencias, procesos y situación actual	15
Capítulo 2	
Antropología del alcoholismo: una larga y discontinuada historia	35
Capítulo 3	
El modelo médico hegemónico: estructura, funciones y crisis	87
Capítulo 4	
La crisis del modelo médico hegemónico: el caso del alcoholismo y los saberes médicos	129
Capítulo 5	
Modelo médico hegemónico y alcoholismo en México: las estrategias del sector salud	177
Capítulo 6	
Las limitaciones técnicas e ideológicas de un saber profesional	229
Capítulo 7	
Salud colectiva, industria alcoholera y subjetividad	251
Capítulo 8	
Pero sigo siendo el rey o la paradoja de las enfermedades que no lo son	283
Bibliografía	313

*Para Renée y Renata
Por todos los ayeres no buscados y
por algunas pocas cosas que sabemos*

Presentación

Alcoholismo, negaciones y biopoderes imaginarios y más o menos líquidos

“La vida es una herida absurda”

Cátulo Castillo, La última curda, Buenos Aires, 1956

Cuando tenía cuatro años, mi padre, a la hora del almuerzo, puso en un vaso media porción de agua y media porción de vino tinto, y me dijo: “ahora puedes comer con vino en el almuerzo”. Con mi hermana hizo lo mismo, pero cuando cumplió seis años. Mi madre y mi padre tomaban alrededor de una botella de vino todos los mediodías al almorzar, aunque la mayoría la bebía mi padre. Lo mismo ocurría en la familia de otros amigos, pero no en todas. Yo lo vivía como algo normal o, mejor dicho, como parte de lo que tenía que ser/hacer. No me acuerdo si el vino me gustó o no, pero desde entonces seguí bebiendo, la mayoría de las veces, en forma moderada.

Pero no solo el vino tinto formó parte de mi niñez, ya que de tanto en tanto nos daban vinos fortificantes, y algunos que tenían propiedades curativas. Yo tomaba con cierta frecuencia candeales a base de oporto y huevo que eran para contrarrestar la anemia incipiente que tenía. Pero, además, lo que supe mucho más tarde, gran parte de los jarabes medicinales que tomábamos también tenían alcohol, por lo que el vino y otros alcoholes formaban parte normalizada de nuestra vida cotidiana, ya que estaba presente en nuestras comidas, en nuestras enfermedades, en toda fiesta familiar, incluso en los velorios, así como era parte de los días de “descanso”. Y así los domingos al mediodía mi padre solía ir al almacén y despacho de bebidas que había en la esquina de casa, donde se encontraba con varios amigos a tomar vermut con maníes y mortadela, donde lo importante era lo que hablaban. Y casi siempre hablaban de política y de fútbol.

A dos cuadras de casa había un bar con cancha de bochas, que también eran un lugar para jugar a las cartas y para tomar vino. Y el vino, tomándolo o no tomándolo, iba formando parte de mi vida sin saberlo y sin preocuparme demasiado, hasta que ocurrió una tragedia en el barrio. En la casa en que vivía residía una pareja joven de origen entrerriano, formada por Hilda y por Osvaldo. Ella era ama de casa y él, marinero, y se ausentaba de tanto en tanto. Pero Osvaldo fue tomando fama de ebrio, no de borracho, porque en muchas fiestas vi personas borrachas, incluso en velorios, sin que nadie quedara catalogado como alcohólico. Pero Osvaldo, los días francos, comenzó a estar permanentemente ebrio, a ponerse celoso con Hilda y a pegarle, y el hermano de Hilda, llamado el Chino, que era gendarme, una noche vino con una pistola y lo amenazó de muerte delante de todos nosotros. Al poco tiempo encontraron a Osvaldo muerto en alguno de los pajonales que todavía había por el barrio.

Esa fue la primera vez que relacioné alcohol con muerte, pero en forma difusa y sin complejidades. A los seis años entré a la escuela primaria, que quedaba a tres cuadras de casa y, después de hacer los deberes, todas las tardes jugábamos al fútbol entre chicos de diferentes edades, siendo en esa época el Titi y el Negro mis dos mejores amigos, aunque eran mayores que yo, y no les iba bien en la escuela, sobre todo al Negro.

El Negro era hijo de don Nicolás, una de las primeras personas que he admirado en mi vida. Don Nicolás era dirigente del gremio de la construcción, y lo recuerdo los domingos hablando con mi padre y otras personas proponiendo: “nos organizamos y luchamos, o nuestros hijos estarán peor que nosotros”. En su boca escuché por primera vez la palabra proletariado, y nunca hablaba de revolución, sino de cambios, pero cambios conseguidos por la propia gente; y de eso no me olvidé nunca. Bueno, cuando tenía seis años murió Don Nicolás, y fue la primera vez que asistí a un velorio, y que besé la frente del muerto, pues esa era la costumbre en mi barrio. Doña Inés, su esposa, quedó sola con el Negro, y se ganó la vida trabajando como costurera para “Casa Vos” pero, al poco tiempo, el Negro comenzó a tomar, le entró a algunas delincuencias por las que fue preso y se convirtió en borracho tranquilo. A los ocho años de edad, me mudé de barrio y no lo vi más, aunque supe por mi mamá que el Negro andaba mal y que murió por el alcohol.

El resto de mi infancia transcurrió tranquila, aunque con penurias económicas, y fue en la adolescencia cuando fui modificando mi forma de tomar, mezclando la manera normalizada con esporádicas borracheras más o menos fuertes, lo cual se fue acentuando en los encuentros con amigos como “Freddy” Martínez Howard, uno de los mejores dibujantes argentinos, o con las idas a La Fantasma, un boliche que se había abierto en el bajo y que era como una sede de pintores y sobre todo escritores surrealistas

o parasurrealistas, y que era frecuentado por gente como Enrique Molina y Olga Orozco. Y muchas noches salí de ese lugar en un estado semiconsciente, que me duraba en el regreso a casa en el último tren que salía de la estación Retiro, donde semidormitaba una suerte de sueño sin límites.

Desde los quince años yo escribía poesía, dentro de un grupo de amigos y amigas que también lo hacían, pero en ningún momento relacioné el alcohol con la capacidad creativa, ni como motor de posibles experiencias oníricas individuales o colectivas, sino como un medio para estar juntos y hablar hasta callarnos. Lo que el alcohol me generaba, o mejor dicho, lo que yo hacía cuando estaba alcoholizado era desarrollar conductas que creo no me atrevía a desarrollar sobrio, no porque eran difíciles, sino porque eran utópicas. Recuerdo que una noche con otro querido amigo, el escultor Fernando Venero, llegamos como a la una de la madrugada a un boliche que quedaba en Avellaneda, y al rato se me acercó una no muy joven prostituta, y yo traté de convertirla, pero no en términos morales, sino en cómo podía ser otra mujer no sometida al cafisho que la regenteaba, y ella se quedó hablando conmigo durante horas hasta que la besé y me fui. Y el alcohol, también estuvo ahí, pero como parte de la normalidad de estar juntos, y de ridículas utopías caseras no realizadas.

A los veinte años hice el servicio militar en Campo de Mayo, y ahí tuve varias experiencias, pero sobre todo dos que aún recuerdo. Una tarde, nos vinieron a buscar de la Escuela de Suboficiales del Ejército, porque uno de los estudiantes se había suicidado. Como el Dr. Etchegoyen y yo estábamos de guardia nos fuimos para allá y, cuando llegamos, sobre una mesa de cemento había un joven de unos quince años con un balazo en el corazón. El muchacho era santiaguense, y supimos por qué se mató y que antes de hacerlo se había tomado una botella de alcohol. Él y su familia eran católicos, y lo más cruel fue que el sacerdote decidió que el chico no podía ser enterrado en campo santo pues era un suicida, lo que pareció afectar más a la familia, que el propio suicidio. El Dr. Etchegoyen y yo tratamos de convencer al cura: yo apelé a que el joven se había emborrachado y no estaba consciente de lo que había hecho, y que la sangre de cristo simbólicamente era vino, y que vino es lo que había tomado el joven como parte de su catolicismo. Pero semejantes ideaciones no convencieron a un sacerdote que, además, era un hijo de puta, por lo que supimos más tarde, ya que tuvo que ver con el “proceso”.

La segunda experiencia fue más bien ridícula. La noche del golpe militar contra Perón estábamos acuartelados, ya que se sabía que iba a darse un golpe. Pero en el casino y en la guardia, los oficiales y suboficiales tomaban alcohol, varios, hasta emborracharse, lo cual condujo a que en plena guardia dos suboficiales, uno peronista y otro antiperonista, sacaran sus machetes y se

empeñaron en una especie de pelea a cuchillo más o menos martiniferresca, que no concluyó en nada, dado el nivel de borrachera que tenían los dos.

Por el servicio militar perdí un año de mi carrera universitaria, la cual retomé junto con un trabajo de medio tiempo, continuando con mis reuniones hasta la madrugada en, por lo menos, dos lugares: uno, en un café situado en una de las esquinas de Entre Ríos y Alsina y, otro, en la vieja confitería Berna que quedaba sobre Avenida de Mayo. El alcohol, era parte secundaria en estas reuniones, pero no en reuniones de fin de semana, lo que generó un estilo de vida en el que dormía no más de cuatro horas diarias, y que concluyó con una tuberculosis broncopulmonar que me tuvo apartado del mundanal ruido por más de nueve meses, y en la cual tuve una profunda experiencia de muerte que nunca supe transmitir, pero que ha sido parte de mi vida. Creo que mi tuberculosis fue parte de la herida absurda dentro de la que vivimos consciente o rutinariamente. Pienso, influido por Sartre, que la vida como rutina y repetición “elimina” la absurdidad de la vida pero no porque la gente quiera, sino porque está preocupada/ocupada en vivir/sobrevivir/aguantar y donde el alcohol tiene un papel de “no rutina” rutinaria y, sobre todo, de aguante, que puede terminar de muy diversas maneras, pero básicamente de una: continuar en una rutina y repetición que niegan la absurdidad.

La vida como búsqueda de experiencias utópicas o no, en la que el alcohol se usa como parte de la experiencia normalizada de beber, puede darle sentido a la absurdidad de la vida, lo que solo puede mantenerse durante un tiempo, tanto en términos individuales como colectivos, retomando luego la vida como rutina y repetición. Y es en algunas de estas dos posibilidades que el alcohol puede transitar por la locura, aunque siendo cada vez menos locura¹.

Continuidades y discontinuidades

En 1990 se publicó mi libro *Morir de alcohol: saber y hegemonía médica*, cuya idea central partía de la normalidad de los usos del alcohol en los diferentes momentos de nuestras pequeñas vidas cotidianas; siendo en gran medida respecto de esta normalidad casi inconsciente que pensé las relaciones aparentemente contradictorias entre biomedicina y alcoholismo, lo que constituye el núcleo de dicho libro.

En 1990 se editaron diez mil ejemplares de ese texto, lo que lo convirtió en mi libro más difundido pero no leído, pese a que en él traté de

¹Entrevista a Eduardo “Lalo” Prieto el 20 de octubre de 1993.

desarrollar en la forma más precisa y crítica posible dos de los conceptos que venía desarrollando desde finales de la década de 1960, y que pude acuñar durante la década de 1970, y me refiero a los conceptos *modelo médico hegemónico* y *modelo de autoatención*, que en gran medida se han convertido en conceptos anónimos, lo cual por una parte lesiona mi narcisismo, pero por otra verifica varias de las ideas gramscianas que he hecho mías, y que remiten a la disolución/resignificación de toda idea (supuestamente) individual en el amplio mundo de los saberes colectivos, hasta convertir en anónimo todo producto humano.

Este libro surgió de un proyecto de investigación iniciado en 1981 y 1982 sobre proceso de alcoholización en México que finalizó a finales de 1990, y que incluyó varios subproyectos que en su totalidad se concluyeron. Allí traté de explicar, a través de materiales secundarios y de información obtenida mediante un largo trabajo de campo, las razones teóricas y prácticas del fracaso, desinterés, exclusión, reconocimiento/olvido que la biomedicina ha evidenciado históricamente respecto del “alcoholismo”. Y traté de explicarlo a través de marcos teórico-ideológicos generados especialmente desde la antropología social y, en particular, a través de mis propuestas de modelos de atención, dado que el principal objetivo era analizar las características, funciones y crisis del modelo médico hegemónico respecto de un proceso de salud/enfermedad/atención-prevención específico, y en una situación históricamente determinada.

Por varias razones, en los últimos meses, decidí realizar una revisión de mi libro; revisión que dividí en dos partes, de tal manera que en la primera reflexiono sobre algunos de los aspectos centrales del libro para confirmar o no lo planteado, mientras que, en la segunda, trato de profundizar procesos que desarrollé escasamente en el texto original.

En 1990, luego de publicado el libro, seguí realizando varios subproyectos sobre alcoholismo, en los que fui confirmando gran parte de lo que presenté en ese texto. Pero además, mi revisión bibliográfica actual de la problemática del alcoholismo para México y para América Latina, me indica que la situación sigue más o menos igual, ya que la biomedicina continúa teniendo los mismos problemas para detectar, diagnosticar, tratar y prevenir el alcoholismo, lo que evidencia un reiterado fracaso respecto de reducir el consumo de alcohol, de “curar” a los diferentes tipos de alcohólicos, y de prevenir la mayoría de las consecuencias físicas y mentales de dicho consumo; salvo, tal vez, en el caso de los accidentes automotores, aunque mucho menos en el caso de la cirrosis hepática. Y, sobre todo, parece ser que ha conseguido fármacos eficaces para las crudas resacas y para las recaídas, aunque tendremos que esperar un poco más para no desencantarnos, como ya ocurrió con los

vomitivos utilizados a finales del siglo XIX y con el disulfiram (principio activo de Antabus) utilizado desde principios de 1940².

Si bien el sector salud mexicano y la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconocen que el alcohol es la sustancia considerada adictiva que más problemas de salud y muertes genera, sin embargo, a nivel de los hechos, el aparato médico-sanitario, por lo menos en México, hace muy poco. Los datos y estudios siguen señalando la carencia de recursos específicos por parte del sector salud para enfrentar el alcoholismo, así como el desinterés a nivel oficial y privado del personal de salud y, especialmente, de los médicos, respecto de este problema. El nuevo gobierno que accedió al poder en México en diciembre de 2018, al igual que los gobiernos anteriores, tiene una visión negativa de lo que se hace en salud mental y adicciones. El subsecretario de prevención y promoción de la salud considera que, en el campo de la salud mental, “...en 20 años no han hecho nada. No hay una política pública, ni tampoco un impacto a favor de la salud de las personas” (*La Jornada*, 14/06/2019).

Estas afirmaciones se reiteran en cada cambio de gobierno, pese a que el análisis de los programas y/o actividades actuales indican que las medidas recomendadas para enfrentar el alcoholismo son las mismas que se vienen aplicando desde, por lo menos, la década de 1980, y pese a su reiterada ineficacia. Necesitamos reconocer que, por lo menos en México, la aplicación del programa para detectar aliento alcohólico ha tenido éxito comparativo en conductores de automotores, así como la disminución notable de la publicidad sobre bebidas alcohólicas en los medios televisivos, en las calles y las carreteras, no han generado —como era previsible— un descenso en el consumo de dichas bebidas.

Ahora bien, existen dos procesos —de los cuales uno es comparativamente nuevo— que han afectado a las políticas de salud en general y del alcoholismo en particular. El primero tiene que ver con los intereses y objetivos de los diferentes sectores del Estado, de tal manera que mientras el sector salud propone y trabaja para reducir el consumo de bebidas alcohólicas, el sector económico, así como los sectores agrícola e industrial impulsan la producción y el consumo de estas bebidas. Además, desde la década de 1980 se ha impulsado en México una política de descentralización, tanto en términos políticos generales como del sector salud en particular, que ha favorecido el desarrollo de la producción, comercialización y consumo de dichas bebidas,

²Justamente una de las limitaciones médicas se observa en el campo farmacológico. Si bien desde 1952 se generan psicofármacos comparativamente eficaces, ninguno ha tenido éxito respecto del alcoholismo.

dado que son básicas para la recaudación económica a nivel de cada estado, pero también de los municipios. Descentralización que ha favorecido la expansión del alcohol y de la mayoría de las drogas consideradas adictivas que se producen a nivel local, las que no solo se generan a través del narcotráfico, sino también de la corrupción de las autoridades políticas, incluidas las sanitarias, jurídicas y policiales.

Pero además, hay un proceso del cual no hablé en mi libro, y me refiero a las luchas de poder entre científicos, funcionarios y profesionales entre sí, desconociendo, excluyendo, oponiéndose al “otro” en lugar de colaborar para la realización de programas y actividades conjuntas, lo cual algunas veces tiene que ver con orientaciones ideológico-políticas diferenciales, pero la gran mayoría de las veces tiene que ver con objetivos de poder y especialmente de micropoder, frecuentemente relacionados con objetivos económicos. Y esto lo pude constatar desde 1977 hasta la actualidad, y tanto a nivel federal, provincial, institucional y de programas específicos, y obviamente no solo respecto del alcoholismo. Durante 2004 y 2005, un funcionario muy motivado de la OMS, trató de impulsar en México actividades e incluso políticas de salud mental y respecto del alcoholismo en particular, para lo cual convocó a cuatro importantes especialistas de diferentes orientaciones, aunque complementarias. Pero luego de meses y meses de reuniones y “papers” todo terminó en casi nada, dada la imposibilidad de llegar a mínimos acuerdos reales y no simulados, debido a que al menos dos de los especialistas defendían los objetivos de las instituciones que representaban, pese a que sus propuestas evidenciaban el fracaso de las políticas que venían aplicando sus instituciones desde hacía más de quince años.

Un caso que no considero totalmente de corrupción es el de los resultados de las encuestas epidemiológicas que, si bien ahora reconocen más alcoholizados que en las primeras encuestas, siguen caracterizándose por su notable subregistro del consumo y su arbitraria correlación de este con posibles cuadros patológicos, y continúan excluyendo el papel del alcohol ilegal, pese a que constituye la mitad o más del alcohol consumido en México. Pero, además, los datos de mortalidad contrastan con la información que maneja el sector salud, y se aviene mucho más con los datos existentes para la región, con las tendencias dominantes a nivel mundial, ya que la OMS en 2018 consideró que hay más de tres millones de muertes por alcohol por año, y que una de cada veinte muertes que ocurren a nivel mundial están relacionadas con consecuencias del consumo de alcohol (OPS, 2015; OMS, 2014; 2018, PAHO, 2018; Taylor *et al.*, 2007).

El alcohol, por lo tanto, sigue teniendo una particular relación con la muerte, se constituye en la sustancia considerada adictiva que más muertes

genera, y es la sustancia que más se consume en determinadas reuniones y fiestas, en las que se generan agresiones incluidos homicidios en forma normalizada. Y este es un aspecto que describo en el texto, pero sin avanzar demasiado en mis interpretaciones, aunque es uno de los procesos que más debería profundizar, ya que considero que, al menos en algunos contextos, el alcohol tiende a normalizar social, cultural y subjetivamente las muertes y las agresiones, por supuesto generadas no por el alcohol en sí, sino por sus usos sociales. Es decir, el alcohol en sí no es el generador de homicidios, de violaciones sexuales ni de suicidios, pero los “acompaña” frecuentemente, y la cuestión está en tratar de entender por qué los sujetos y colectivos necesitan de esa “compañía”, ya que considero que cumple un papel simbólico que va más allá de las funciones desinhibidoras, narcotizantes o depresoras del alcohol, por lo menos en algunos países de eso que se conoce como mundo “occidental”.

El reconocimiento por parte de la biomedicina de la relación alcohol-alcoholismo-muerte, que era muy notoria entre mediados del siglo XIX y mediados del siglo XX en México, se ha ido diluyendo en la medida que el alcoholismo ha sido tratado como enfermedad mental, siendo clínica y epidemiológicamente separado cada vez más de la cirrosis hepática, de los homicidios o de los cuadros nutricionales. Como he señalado en varios trabajos, la medicina de finales del siglo XIX, por lo menos en países como Francia, veía en forma estructurada la relación alcoholismo-violencias-desnutrición-cirrosis hepática vinculadas a la pobreza, la prostitución y las clases peligrosas, y si bien las veía desde una perspectiva ideológica cuestionable, no por ello deja de ser necesaria la recuperación de un enfoque epidemiológico que vaya más allá de los análisis individuales de los padecimientos; lo que entendieron varios epidemiólogos, y especialmente Cassell (1964) —ver también Cassell y Troyler (1988)— pero sin que dichas propuestas hayan sido asumidas por los epidemiólogos positivistas y no positivistas, por lo menos, a nivel latinoamericano.

América Latina es simultáneamente una de las regiones del mundo con mayor consumo de alcohol y con mayores tasas de mortalidad relacionadas con dicho consumo, pero además es la región con mayores tasas de homicidio, distanciándose cada vez más de las otras regiones caracterizadas por violencias homicidas. Nuestra región, a través de sus grupos y clases sociales, ha construido relaciones y rituales de interacción social que incluyen violencias frecuentemente asociadas con el alcohol; y varios de los rituales y relaciones son parte fundamental de la identidad y pertenencia de los grupos étnicos y de las clases sociales. Dichas relaciones y rituales sociales son básicos para la integración social colectiva desde una perspectiva emic;

aunque, desde una perspectiva étic, las relaciones violentas aparecen como un factor de disolución social. Se trata de procesos sobre los que tendríamos que reflexionar más, dado que, por ejemplo, durante la etapa medieval y parte del Renacimiento, las sociedades europeas generaron altísimas tasas de homicidio, que hoy no podríamos ni pensar (Muchembled, 2010) y que, sin embargo, ocurrían en sociedades que se caracterizaban por lo que Bauman y sus seguidores denominarían como *relaciones no “líquidas”*.

Lo cierto es que más allá de las perspectivas emic o étic, el alcohol opera tanto para generar relaciones afectivas colectivas, celebrar la identidad social, contribuir a la reproducción sociocultural a nivel micro y macrogrupal, participar de ciertas felicidades o goces colectivos y, por supuesto, también individuales, como también para —simultáneamente o en otros espacios y momentos— generar violencias y enfermedades a nivel colectivo e individual. Si bien esto daría lugar a pensar en una relación ambivalente por parte de los conjuntos sociales respecto del alcoholismo, nuestra revisión del proceso de alcoholización, por lo menos para México, indica que en la práctica domina la valoración positiva del alcohol, pese a su relación con las muertes, con las violencias, con la brujería.

Lo señalado no significa que todo grupo exija violencias para vivir con el alcohol ya que, por ejemplo, en el caso del estado de Yucatán, caracterizado por uno de los más altos consumos de alcohol a nivel nacional, se diferencia radicalmente del resto del país por los bajísimos niveles de violencia que ocurren en dicho estado. No obstante, en Yucatán, como en el resto del país, a nivel de pauta ideal, domina una visión negativa del alcohol pero, a nivel de pauta real y de pauta construida, domina ampliamente una visión positiva.

Y al respecto, necesitamos asumir que las relaciones sociedad-alcoholismo constituyen procesos complejos que debemos registrar para entender no solo los problemas individuales, sino las propias sociedades. En algunas comunidades mexicanas, durante ciertas fiestas religiosas, algunos sujetos deben desempeñar el rol de diablos por lo que deben estar todo el tiempo embriagados, lo cual puede suponer una visión negativa o estigmatizante del alcohol. Pero, además, ocurre que en estas fiestas todos los participantes no solo *deben* tomar alcohol, sino que —por lo menos los hombres— necesitan embriagarse, lo cual constituye una expresión del papel negativo/positivo otorgado al alcohol, y que en la práctica *exige* que la población participante esté alcoholizada. En mi libro trato muy poco estos aspectos, que son otros de los que más me interesan entender, posiblemente, por mis limitaciones para encararlos, o por mis inseguridades para afirmar interpretaciones con poco sostén etnográfico.

Este es un aspecto a reflexionar en forma radical, porque implica la necesidad de incluir los procesos culturales para explicar e intervenir y que, si bien los especialistas lo reconocen permanentemente, a la hora de los hechos, los aspectos culturales no aparecen incluidos sino solo mencionados dado que, por lo menos, el sector salud mexicano no ha sabido qué hacer con dichos procesos. Más aún, el sector salud está saturado de estereotipos culturales que se imponen a la realidad, hasta que esta demuestra lo contrario. Y así, por ejemplo, cuando en la década de 1950 en México comenzaron a crearse los grupos de Alcohólicos Anónimos, la mayoría de los especialistas y el sector salud señalaban que estos grupos no se difundirían, dado que expresaban orientaciones religiosas protestantes en un país donde dominaba el catolicismo y, por lo tanto, serían rechazados o su desarrollo sería mínimo. Pero ocurrió que México se convirtió en el segundo país con mayor número de grupos de Alcohólicos Anónimos a nivel mundial, que en gran parte fueron impulsados por la Iglesia católica, como pudimos observar en varios trabajos de campo. Considero que esto es producto de que no solo la medicina, sino los antropólogos solemos tener estereotipos culturales que congelan la realidad, en lugar de observarla dinámicamente.

Además de las continuidades/discontinuidades referidas al reconocimiento del alcoholismo como enfermedad, existen otras como las corrientes psicoterapéuticas que consideran que el “alcoholismo” es solo un síntoma, negándole categoría de cuadro específico. Mientras los tratamientos médicos ejercidos en urgencias y en servicios de atención primaria siguen ejercitando institucionalmente la exclusión de los alcohólicos y los servicios especializados en términos de salud mental oficiales siguen caracterizándose por una bajísima demanda que, cuando existe —según los datos obtenidos en dichos servicios— llega en muy pocos casos a una segunda consulta.

El fracaso o las limitaciones curativas de los tratamientos médicos son lo que en gran medida han relegado al alcoholismo del campo clínico y lo han remitido cada vez más al campo salubrista, desde el cual se sostiene que “dar tratamiento es una iniciativa digna y humanista en una sociedad moderna, pero su justificación fundamental está en la ayuda que se ofrece a los bebedores y a su familia en sí y por sí mismos; no es probable que el tratamiento conduzca a una reducción de los índices sociales de problemas relacionados con el alcohol” (Room *et al.*, 2013, p. 333); proponiendo actuar sobre el medio social, ya que “puede ser más eficaz influir sobre el ambiente comunitario que rodea al bebedor, que persuadir directamente al bebedor mismo” (Room *et al.*, 2013, p. 259).

De tal manera, se propone impulsar actividades preventivas y conversionistas de muy diferente tipo, pero de la revisión que de estas hacen los

salubristas mencionados, surge un panorama dudoso y escéptico respecto de las medidas preventivas aplicadas; salvo para las que se vienen utilizando desde el siglo XIX, que refieren a las restricciones de tiempo, espacio y edad para consumir alcohol, así como a la aplicación de medidas fiscales que, sin embargo, no han logrado reducir el consumo de alcohol en la mayoría de los contextos en los que han sido aplicadas. Lo que nos lleva a preguntarnos una vez más ¿qué es el alcoholismo?

Considero que el problema nuclear para establecer médicamente qué es alcoholismo y convertirlo en “enfermedad” sigue vigente, dado que los usos del alcohol, incluyendo ebriedades, violencias, euforias y tristezas son parte de la normalidad sociocultural dentro de la que viven la mayoría de los mexicanos, incluido el personal de salud y los curadores tradicionales. Y la cuestión sigue siendo —como plantea George Devereux (1973)—, ¿cómo pasamos de lo “normal” a lo patológico? Según la información que manejamos, desde finales del siglo XVIII y principios del siglo XIX, el saber médico ha tratado de convertir el consumo individual y colectivo de alcohol en enfermedad, estableciendo una serie de síntomas y de signos, de proponer diagnósticos y tipos de cuadros y diseñando tratamientos y mecanismos de prevención. Pero pese a que la biomedicina ha seguido “descubriendo” nuevos cuadros de alcoholismo, como cuando inventó el “alcohólico problema” en las décadas de 1960 y 1970, sin embargo, no parece convencer ni a la población ni a los propios médicos de que el alcoholismo es una enfermedad, por lo menos en términos de salud mental.

Desde hace años, médicos y científicos sociales críticos y, especialmente, las corrientes antipsiquiátricas han considerado que una parte de las enfermedades actuales han sido producto total o parcial de la construcción médica y, en gran parte de los casos —por ejemplo, los llamados trastornos de atención— han logrado convertirlos en enfermedad, tanto para el personal de salud como para los pacientes.

El alcoholismo, por lo menos para mí, es el primer intento de la medicina moderna de convertir un comportamiento social y colectivo en una enfermedad física y mental; sin embargo, mientras la medicina y la psiquiatría sostienen el alcoholismo como enfermedad a nivel de discurso, no han conseguido que en términos prácticos lo reconozca o lo acepte la población, ni la mayoría de los alcoholizados, pero tampoco una parte de la práctica médica.

Aclaro que, cuando señalo que el alcoholismo u otro proceso puede ser una construcción social, no quiero decir que necesariamente el alcoholismo sea un “invento” o que no genere problemas de salud, sino que para que algo sea problema a nivel colectivo —como diría Gramsci, y Gusfield (1981) reconoce que diría Gramsci— debe ser reconocido y difundido por alguna fuerza social que

tenga capacidad de proponer e imponer la existencia de ese problema. Y, por lo tanto, necesitamos explicar por qué el alcoholismo se “construye” a mediados del siglo XIX, y se lo irá caracterizando y complejizando durante dicho siglo y parte del siglo XX, así como qué fuerzas sociales, incluidas las profesionales lo generaron y/o lo impulsaron. Esto es lo que, en forma tal vez escueta, traté de explicar en mi libro y retomaré en la segunda parte de este texto.

En el texto no desarrollé, dada mi concentración en el modelo médico hegemónico, las funciones que cumple el alcohol en términos de autoatención, y no solo pensándolo en sus usos como “desinfectante” hogareño, como bebida “energizante” o incluso como alimento y vitamínico infantil, así como evasor de la realidad y mecanismo contra la ansiedad, o como medio de estar con los otros, e incluso para “mejorar” real o imaginariamente el funcionamiento como sujeto. Si bien el análisis de la alcoholización, en términos de automedicación, ha sido desarrollado por investigadores incluso como “drogadicción” (Romani & Comelles, 1990; Morgan, 2008), me interesa señalar que la mayoría de los padecimientos mentales en términos de tristeza o de envidia, de soledad o de ira, de sufrimiento o de fobia son tratados por los sujetos y microgrupos —no solo inicialmente, sino en forma reiterada— a través de actividades de autoatención, que en el caso del alcoholismo adquiere un papel dual y complementario, porque el alcohol puede ser utilizado como automedicación, pero además el alcoholismo suele ser tratado como “enfermedad” a través de formas de autoatención individual o colectivas.

En todo el libro y en diferentes espacios se señala una variedad de perspectivas generadas por la antropología del alcoholismo que permiten no solo observar aspectos y procesos que la biomedicina no toma en cuenta, sino que propone otras formas de estudiar y explicar el alcoholismo, señalando que los aparatos médico-sanitarios y sobre todo los especialistas reconocen estos aportes, al menos parcialmente, pero salvo excepción no los utilizan a nivel clínico ni preventivo, y cuando lo utilizan son los médicos los que los llevan a cabo, pero frecuentemente medicalizando las propuestas antropológicas. Y esto también constituye una continuidad, por lo menos desde la década de 1960.

Como sabemos, Horton (1943) planteó tempranamente la necesidad de estudiar el alcoholismo no solo a través de los actores sociales que manejan patológicamente el alcohol, sino también de los que lo usan en forma “normal”, cuestionando el enfoque biomédico que solo toma en cuenta a los bebedores patológicos. Según Horton, en los EEUU de principios de la década de 1940, la medicina reconoce la existencia de 600.000 alcohólicos, pero desde el punto de vista del antropólogo social, los hábitos de consumo de 39.400.000 bebedores normales, es decir, los no problemáticos, constituyen el punto lógico de partida para la explicación básica de los problemas

vinculados a la ingestión de alcohol. El antropólogo llega incluso a proponer, que la comprensión total de las condiciones que producen la ebriedad y el alcoholismo crónico solo puede obtenerse mediante tales estudios (Horton, 1943; Menéndez, 1991, p. 46).

En función de este tipo de propuestas y del desarrollo de un enfoque relacional, considero que según sea el problema a estudiar, necesitamos incluir todos los actores sociales involucrados protagónicamente y no solo reducirnos al punto de vista de un actor para transmitir sus narrativas, sus dolores o sus aflicciones. De tal manera que, respecto de algunos problemas que tienen que ver con el alcoholismo, uno de los principales actores sociales puede ser un tipo de curador tradicional dado que, en México y también en EEUU, una parte del alcoholismo es producto de “daños” generados por un brujo, que solo puede “curar” la brujería. Sin embargo, respecto de otros problemas, uno de los actores significativos puede ser la industria químico-farmacéutica, dada la carencia de fármacos específicos eficaces. Y por supuesto que en los dos casos se deben incluir los otros actores sociales significativos que operan en cada proceso de alcoholización.

El enfoque relacional es decisivo para estudiar los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención y, en particular, el alcoholismo, dado que a través de él he podido —por supuesto parcialmente— ir sistematizando ciertos aspectos. Ha sido a través de fenómenos como las recaídas del alcohólico supuestamente “rehabilitado”, que puede verificarse que una de las principales causas —para varios analistas, la principal— de dicha recaída, es el sistema de relaciones sociales dentro del cual vive el “alcoholizado”. Y frente a lo cual el médico no tiene otra que enviarlo a un grupo de Alcohólicos Anónimos o, en México, puede enviarlo además a “jurar a la virgen”³, dado que si el sujeto regresa a su universo relacional casi inevitablemente volverá a alcoholizarse.

El enfoque relacional es también decisivo para pensar ciertos procesos que se han identificado en el pasado con el alcoholismo, y me refiero a las violencias que se observaban a finales del siglo XIX, sobre todo, en los alcohólicos “furiosos” y delirantes, sobre los cuales no solo se aplicaban terapias agresivas de tipo físico sino que, en países como Francia y EEUU, los médicos propusieron crear asilos/cárceles especiales para este tipo de alcohólicos. Y, necesitamos recordarlo, estos alcohólicos ejercían sus violencias furiosas,

³En México, no se sabe quién, creo el juramento a la virgen, que consiste en que una persona va a la Iglesia católica y frente al sacerdote jura ante la imagen de la virgen de Guadalupe no beber durante dos meses o dos años. Este juramento, lo transmite a sus familiares y amigos, los cuales no esperan que el sujeto beba alcohol dado que está “jurado”, y por lo tanto no le exigen que beba con ellos, y recaiga en el alcoholismo.

sobre todo, contra sus familiares, amigos y vecinos, lo que anticipa el reconocimiento de que la mayoría de las violencias no se ejercen respecto de extraños, sino de personas cercanas. Y si bien han sido las corrientes feministas las que más lo han subrayado en los últimos años, refiriéndose a la constante violencia ejercida por el varón respecto de su pareja femenina, necesitamos reconocer que más allá de su particularidad, esta relación violenta es parte de las violencias cercanas que se ejercen al interior de las familias, especialmente respecto de los hijos, pero también entre amigos y entre vecinos, o entre personas “cercanas” que tienen una significación especial, como ocurre con los sacerdotes católicos en los cuales se “descubre” una pedofilia hasta ahora negada, pero sabida.

Lo que tenemos que aceptar es que no solo los femicidios ocurren entre personas cercanas, sino que la mayoría de los homicidios, de las violaciones sexuales, de los suicidios, de las brujerías, de las pedofilias o de las envidias también, y que frecuentemente muchas de estas relaciones están alcoholizadas. Más aún, necesitamos asumir que gran parte de las agresiones, incluidos los homicidios, los sujetos las realizan respecto de sus pares en términos sociales; es decir, la mayoría de los “pobres” no agreden o incluso matan a quienes los explotan, estigmatizan o excluyen en términos sociales y económicos, sino que matan a otros pobres. Y el alcohol suele tener también algún tipo de presencia en ello.

Durante el trabajo de campo realizado en colonias populares del sur de la ciudad de México fui invitado a una fiesta de una joven de quince años, y obviamente en la reunión se bebió en forma abundante. A cierta hora de la noche, se me acercó una persona, que no conocía y que ya estaba alcoholizada, y comenzó a hablarme de una persona, a la que señaló, que lo había estado mirando mal y que no le gustaba eso. Traté de tranquilizarlo al respecto, pero siguió hablando de lo mismo, hasta que no lo vi más; pero a eso de las dos horas este sujeto mató a cuchilladas a la persona que lo miraba mal. Ambos eran del barrio y amigos de la familia de la joven, y el homicida no tenía antecedentes, aunque cuando bebía se volvía agresivo. La mirada, el alcohol, la cercanía pueden llegar a tener que ver con muertes que aparentemente resultan absurdas, pero que necesitamos resignificar para entenderlas, ya que lo que observé es que la mayoría de los presentes parecían dolidos, pero sin que dicha muerte les pareciera absurda.

Un segundo aspecto metodológico básico, tanto para la investigación como para la intervención, es tratar de establecer cuáles son los presupuestos de todo tipo que manejan los diversos actores sociales respecto del alcoholismo, incluidos los médicos de atención primaria y los especialistas, dado que en el libro hemos documentado la existencia de representaciones sociales

negativas respecto de los alcohólicos por parte de un personal de salud, que tiende a rechazarlos y/o a negarlos como pacientes.

Además, respecto de los diferentes actores sociales con los que trabajemos, necesitamos obtener no solo sus representaciones sociales sino también sus prácticas respecto del alcoholismo, los alcoholizados y los que los “atienden”, porque generalmente existen diferencias entre las representaciones y las prácticas, de tal manera que, si solo trabajamos con las representaciones de un médico o de un paciente, tendremos una visión sesgada de la realidad a estudiar. El alcohólico y el psiquiatra no solo nos debieran hablar de lo que piensan (discurso), sino de lo que hacen (práctica) respecto del alcohol, el alcoholismo y la relación médico-paciente. Más aún, dada la distancia que puede haber entre las representaciones y las prácticas de los actores sociales, es básico tratar de observarlas; lo cual obviamente no niega el papel del discurso hablado y de su análisis en términos terapéuticos y no terapéuticos.

Los imaginarios teóricos son siempre a-históricos

Los estudios socioantropológicos han descripto y analizado varios aspectos respecto de la alcoholización, el alcoholismo y los alcohólicos, de los cuales solo nombraré algunos, dado que no solo han mostrado las limitaciones del saber médico para tratar el alcoholismo, sino que han evidenciado que frecuentemente la biomedicina, en lugar de contribuir a desestigmatizar ciertos problemas, por el contrario, ha sido uno de los principales agentes funcionales de la estigmatización, caracterizándose por su resistencia a desarrollar ciertas tareas desestigmatizantes. Señalo esto sin ignorar que la transformación del “vicio” alcohólico en alcoholismo como enfermedad, en la última parte del siglo XIX, contribuyó inicialmente a reducir la estigmatización de ciertos tipos de alcoholizados, pero el énfasis del saber médico en las consecuencias y funciones negativas cumplidas por los usos del alcohol y la alcoholización, dejando de lado las consecuencias y funciones positivas o por lo menos ambivalentes de dichos usos, redujo dicha posibilidad. Máxime, cuando la transformación del alcoholismo en enfermedad, se ligó tempranamente a la propuesta del alcoholismo como degeneración, subrayando aún más su carácter negativo. Pero, además, colocando la degeneración heredoalcohólica casi exclusivamente en las clases bajas urbanas.

Una tendencia rescatable de las acciones biomédicas mexicanas ha sido la de no aplicar políticas prohibicionistas a la producción y/o al consumo de bebidas alcohólicas, ya que el aparato médico-sanitario, y otros sectores del gobierno, solo se han limitado a recomendar restricciones generalmente

basadas en la edad y, en algún momento, en el género, así como restricciones de horarios y de espacios de consumo, lo cual contrasta con lo ejercido respecto de la mayoría de las sustancias consideradas adictivas, salvo el tabaco, ya que todas las demás están prohibidas y son consideradas ilegales. Y esta relación legalidad-prohibición constituye una contradicción del ejercicio biomédico, dado que uno de los objetivos centrales de la biomedicina es enfrentar y reducir las consecuencias de las enfermedades y, especialmente, la mortalidad, y todos los indicadores señalan que el alcohol es la sustancia considerada adictiva, pero legal, que más mortalidad genera.

Si los objetivos centrales de los aparatos médico-sanitarios fueran realmente reducir y, de ser posible, eliminar las consecuencias en la morbimortalidad, todas las sustancias supuestamente adictivas deberían integrarse en perfiles epidemiológicos que posibilitaran observar lo que señalo. Pero ello no ocurre, dado que las instituciones implicadas directamente en el estudio y en la vigilancia epidemiológica del consumo de drogas consideradas adictivas, tratan de aislarlas intencional y/o funcionalmente del resto de los padecimientos considerados adictivos, pero también no adictivos, lo cual opaca o elimina observar la relación de cada una de estas sustancias con la mortalidad en términos comparativos.

Si no es la enfermedad y, sobre todo, la mortalidad generadas por drogas presuntamente adictivas lo que decide técnica y científicamente qué drogas son legales y cuáles no, necesitamos encontrar qué procesos y criterios intervienen en esta decisión. Subrayo que la biomedicina y los aparatos médico sanitarios fundamentan y aplican criterios para establecer qué drogas son legales y cuáles son prohibidas, y todos los datos indican que dos de las drogas consideradas adictivas más letales, como son el alcohol y el tabaco son, sin embargo —como ya lo señalamos— legales y libres para el consumo, mientras otras cuyas consecuencias son mínimas son ilegales y prohibidas, a menos que las recete un médico⁴.

Estas formas de proceder resultan más contrastantes dado que, en todos los casos, los especialistas hablan de “dependencia”, de tal manera que la farmacodependencia opera tanto respecto de la cocaína y la marihuana como

⁴Si bien existen varios trabajos que, en términos individuales, evalúan los daños a la salud generados por las distintas sustancias adictivas, en 2010, un grupo de investigadores británicos publicó un texto en el que evalúan comparativamente 20 sustancias consideradas adictivas según los daños que producen, siendo 100 el nivel máximo de daños. Los resultados fueron los siguientes: alcohol 72, heroína 55, crack 54, metanfetamina en cristal 33, cocaína 27, tabaco 26, anfetaminas 23, cannabis 20, ácido gammahidroxibutírico 18, benzodiazepinas 15, ketamina 15, metadona 14, mefedrona 13, butano 10, khat 9, éxtasis 9, esteroides anabolizantes 9, LSD 7, buprenorfina 6 y hongos alucinógenos 5 (Nutt, King & Philips, 2010).

del alcohol y del tabaco, y algunos ya lo están proponiendo para el azúcar y la sal, y algún experto ha propuesto también la carne vacuna, dado que estas “sustancias” no solo tienen un alto impacto en la mortalidad, sino que también serían adictivas. Ahora bien, lo que señalamos es conocido por los especialistas en adicciones, por los epidemiólogos y por el sector salud pero, sin embargo, estas comparaciones no suelen hacerlas en términos generales ni en términos de salud mental, y menos aún al reflexionar sobre esta aparente contradicción.

Por lo tanto, necesitamos interrogarnos sobre qué es lo que conduce a considerar ilegales a unas sustancias y a otras no, dado que las consecuencias en la morbimortalidad no lo posibilitan, ni tampoco puede referirse al criterio de “dependencia” o de “adicción”, dado que esos criterios no pueden sostenerse en términos científicos (McAndrew & Edgerton, 1969). Pero si la biomedicina y el sector salud no pueden legitimar la separación legal-ilegal a través de criterios científicos o, por lo menos, a través de tasas de mortalidad y morbilidad ¿qué es lo que legitima dicha clasificación biomédica? Una lectura de la trayectoria histórica del alcoholismo o de la marihuana, nos indica que en ello intervinieron causales económico-políticas e ideológicas que adquieren un reiterado tono moral a nivel público, y que se legitiman a través de la biomedicina y del orden jurídico.

Toda sociedad, incluidas las capitalistas y las denominadas socialistas de Estado, parece que necesitan construir sujetos “desviados” socialmente, y una parte de esa construcción se realiza actualmente a través de la biomedicina. Desde por lo menos la década de 1930, los antropólogos relativistas que discutieron la relación normal-anormal llegaron a este tipo de conclusiones, sosteniendo que no solo las sociedades capitalistas, sino toda cultura construye sus propias enfermedades mentales (Bastide, 1967; Benedict, 1934; Devereux, 1937, 1973). Pero en el caso de las sociedades capitalistas, observamos una continua generación o invención de adicciones, de tal manera que casi todo puede convertirse en objeto de adicción ya sea al juego, al sexo, a la salud, a la pornografía o a las redes sociales. Así, el manual de psiquiatría conocido como *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM V), no solo reconoce toda una serie de nuevos comportamientos adictivos, sino que establece indicadores cada vez más bajos de dependencia para las antiguas adicciones, con una fuerte tendencia no solo a biologizar las causas y los tratamientos, sino también la prevención⁵.

⁵El doctor Miguel Ángel Carreón Sánchez, director del Instituto Mexicano de la Juventud, plantea elevar la edad mínima para tomar alcohol a los 21 años, dado que a dicha edad es cuando el lóbulo central del cerebro termina de desarrollarse, lo que posibilita un mayor autocontrol (*La Jornada*, 17/11/2011)

El alcoholismo surgió y se desarrolló como enfermedad física y como padecimiento mental en los principales países europeos entre mediados y finales del siglo XIX, y aparece estrechamente relacionado con procesos económicos y políticos y, especialmente, con el desarrollo de grandes aglomerados urbanos caracterizados por una población migrante y pobre, sometida al ciclo ocupación-desocupación y observada por las clases dominantes como clases peligrosas y sumamente violentas, que había que controlar. El alcohol emergerá como la sustancia que reúne personas en bares y cantinas, que son además percibidos como lugares de peleas, riñas y también de “conspiración” social. El alcohol será considerado una sustancia que genera violencias, que potencia la violencia “natural” y “degenerada” de las clases peligrosas, ya que será durante ese lapso que la biomedicina construya la idea de degeneración y proponga el concepto de heredoalcoholismo para plantear la locura alcohólica como la más peligrosas y más difundida de las locuras. Así, el alcoholismo pasó a ser, en la mayoría de estos países, la primera causa de internación en cárceles y manicomios.

Es decir, la biomedicina a partir de usos y costumbres previos, —el consumo individual y colectivo de alcohol—, “construye” una enfermedad para lo cual propone indicadores diagnósticos y tipos de tratamientos que “medicalizan” procesos sociales, considerados peligrosos por los sectores sociales dominantes. Este etiquetamiento operó en los países capitalistas centrales y en varios países latinoamericanos a finales del siglo XIX, continuando hasta la actualidad, pero con significativas modificaciones.

Toda “nueva” enfermedad y, en nuestro caso, toda nueva “adicción”, necesita ser analizada en términos históricos y antropológicos para decidir cuáles son las causales de su reconocimiento y construcción, quiénes son los que las proponen y construyen, si dicha enfermedad es asumida o no por los sujetos y conjuntos sociales medicalizados o si solo permanece como instrumento potencial de control biomédico y legal.

Aclaro que no niego la existencia de adicciones y, menos aún, de sus consecuencias negativas, como está ocurriendo en estos momentos con la creciente mortalidad por sobredosis de drogas opioides, especialmente en EEUU, que solo en 2017 causó la muerte de 70.000 personas en dicho país. Pero considero que estos procesos expresan características básicas en términos estructurales o coyunturales de la sociedad y de los grupos sociales en los que ocurren, por lo que necesitamos preguntarnos a qué se debe el incremento en los últimos años de este tipo de muertes articuladas, por lo menos, con otros dos procesos, y me refiero al notable aumento de los cuadros depresivos y de los suicidios sobre todo en veteranos de guerra en dicho país. Más aún, si bien las muertes por sobredosis aumentaron en todos

los grupos de edad en ambos géneros y en los diferentes grupos *socioraciales*, sin embargo, la mayor concentración de muertes se da en varones de 45 a 54 años de “raza” blanca, franja etaria en la que ha descendido notablemente la esperanza de vida. ¿Qué expresa esta mortalidad respecto de la sociedad estadounidense y de algunos de sus sectores sociales? ¿Qué tiene que ver con el incremento de las desigualdades socioeconómicas, con el desarrollo de formas laborales que convierten en pocos años en obsoletas a toda una generación perteneciente a ciertos estratos sociales, y que amenaza con generar una permanente inestabilidad ocupacional? ¿Qué expresa respecto de una reducción de la “sociedad de bienestar”, y con la situación de un país constantemente en guerra contra alguien, y cuya implementación genera trastornos postraumáticos en millares de sujetos? ¿Qué expresa de una sociedad “blanca” que sabe que ya no es mayoritaria sino la primera minoría étnica, y que en términos de pocas décadas pasará a ser la segunda minoría hasta tal vez desaparecer? ¿Qué expresa respecto de un país que está dejando de ser en forma acelerada el “centro” del mundo, pese a los intentos de su actual presidente de considerar “América Primero”?

Sin pretender compararlo con el caso estadounidense, recordemos que, entre las décadas de 1970 y 1990 se generó en la antigua Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), posiblemente la catástrofe demográfica más grave del mundo contemporáneo, dado que en pocos años se redujo en once años la esperanza vida en dicha sociedad y, especialmente, en los varones en “edad productiva”; reducción que fue —y sigue siendo— atribuida por el sector salud principalmente al alcoholismo, pero también al derrumbe psicosocial de una sociedad que no solo estaba dejando de ser “socialista”, sino que dejaba de ser una potencia política y cultural, lo cual era parte no solo del Estado ruso, sino de la identidad y de la subjetividad de su población.

Por lo cual, otra de las preguntas a hacernos es ¿por qué las “drogas adictivas” aparecen como parte central de situaciones sociales, respecto de las cuales los analistas vienen planteando, desde el último cuarto del siglo XIX hasta la actualidad, que las causales de estos “derrumbes” y disoluciones se deben a la caída o ruptura de los lazos, las relaciones y los rituales sociales? Recordemos que “drogas” como el alcohol y la marihuana se caracterizan por un tipo de consumo social y frecuentemente colectivo, más allá de los destinos individuales de los sujetos.

Desde hace años, he tratado de aplicar las propuestas de Giovanni Berlinguer, quien sostenía que los procesos de salud/enfermedad constituían posibles espías de las contradicciones de los sistemas. Pero Berlinguer refería estas “contradicciones” a los sistemas y, personalmente, considero que el análisis de los procesos de s/e/a-p pueden evidenciar también las orientaciones,

imaginarios y omisiones de los operadores de una parte de los sistemas, así como de los analistas de dichos sistemas, en nuestro caso, los médicos y los analistas de los procesos de s/e/a-p. Y así, por ejemplo, el actual desarrollo masivo de nuevas “adicciones” y la persistencia de las antiguas toxicomanías han conducido a que no solo los científicos sociales o los salubristas se planteen en términos sociales a qué se debe el surgimiento de estas adicciones, sino que escuelas psicoterapéuticas también han tratado de explicarse en términos sociales y no solo psicológicos este surgimiento y esta expansión adictiva.

Y así observamos que, por ejemplo, las tendencias psicoanalíticas lacanianas que se plantean las toxicomanías, sin nombrar sino excepcionalmente el alcoholismo, adhieren a las propuestas de Zygmunt Bauman (2016, 2017) respecto del dominio, en las sociedades desarrolladas actuales, de relaciones *líquidas*, es decir, débiles y efímeras. El desarrollo de las adicciones tendría que ver con la caída, disolución y transformación de los lazos sociales, con el dominio de un individualismo desamparado y de un consumismo desenfrenado, que autoconsume a los propios sujetos, así como con otras características de este tipo, focalizadas en el individuo.

Y estos psicoterapeutas manejan estas características sin tomar en cuenta lo que sí necesita plantearse Bauman como sociólogo historicista, y es que remiten a un “antes” comparativo en el que dominaban relaciones no líquidas. Pero ocurre que Bauman nunca localiza ese “antes”, pues ese “antes”, en el caso de las sociedades europeas, nos puede llevar a las décadas de 1920 y 1930 con la creación de sociedades nazifascistas y el desarrollo del stalinismo, que no solo construyeron los campos de exterminios y los gulags, sino que buscaban el desarrollo de lazos sociales fuertemente integrados, de los que excluían a los “otros” por razones racistas o ideológicas, frecuentemente hasta la muerte⁶. Los intelectuales de aquellas décadas también “sentían” y analizaban como Bauman, y me refiero a Oswald Spengler y compañía, que se estaban debilitando los lazos sociales y que había que impulsar ideologías que los reconstituyeran (Menéndez, 2002).

Esta “teorización” no solo correspondía a elaboraciones intelectuales pesimistas generadas por el desencadenamiento de la denominada Primera Guerra Mundial, sino que durante el período de 1930 a 1940 eran legitimadas por estudios sociológicos y antropológicos sobre diversos aspectos de las sociedades europeas y estadounidense que indicaban la caída o reducción

⁶Por supuesto que no pretendo identificar al stalinismo con el nazismo o el fascismo desde un punto de vista político, lo que no niega las criminalidades generadas por el primero a partir del lema de que “el fin justifica los medios”, y subrayo que estoy hablando de stalinismo y no de comunismo.

tanto de relaciones, como de los rituales sociales, por ejemplo, referidos a la muerte, que expresarían según los analistas de la época —y no los de 1980-2010— la caída, la debilidad, la desaparición de las relaciones sociales, frente a lo cual, en lugar de “tóxicos” durante dichas décadas, consumimos ideologías.

Pero si el “antes” lo referimos a etapas aún más anteriores, es decir, a fines del siglo XIX y principios del siglo XX, ¿con qué nos encontramos? Conque los sociólogos durkheimianos y no durkheimianos nos hablan del paso a primer plano del individuo, de la caída de los lazos sociales, de la debilidad de las estructuras sociales de “sostén”, y de la necesidad de desarrollar grupos intermedios que mantengan e impulsen las relaciones y rituales sociales.

Considero que, para Bauman, el “antes” refiere a un imaginario que no puede concretar, porque él sabe mucho mejor que nosotros que respecto de estos dos “antes” se acuñaron términos como alienación, deshumanización, burocratismo, holocausto, genocidio, racismo, autodestrucción, así como otros que evitamos nombrar. Es decir, por lo menos desde finales del siglo XIX hasta la actualidad, una parte del pensamiento “occidental” ha venido proponiendo, en diferentes momentos, las mismas conclusiones: somos sociedades cada vez más individualistas, desintegradas o en vías de desintegración social, dominados por el consumismo, por la reducción constante de relaciones y rituales sociales, etc., lo cual explicaría nuestra necesidad de construir “dependencias” y, una parte de esas dependencias, remite a las “drogas”.

Ahora bien, en el caso de una parte de las corrientes lacanianas y de otras corrientes psicoterapéuticas y sociológicas, sus ideas respecto de las causas sociales del incremento actual de las toxicomanías basadas, por lo menos en parte, en Bauman, solo remiten a un tiempo presente, por lo que se verifican a sí mismas. Pero, además, como ya señalé, estas corrientes, cuando se refieren a toxicomanías casi no hacen referencias al alcoholismo, pese a que tanto entre 1980 y 2010, como entre 1920 y 1940 o entre 1870 y 1910 el alcohol es la droga “adictiva” más consumida en países como México, Argentina, Chile o Francia.

Esta negación del alcoholismo⁷ la encontramos también en Michel Foucault respecto de los tratamientos “psiquiátricos” utilizados durante un

⁷La negación del papel del alcohol y del alcoholismo lo encontramos en toda una serie de corrientes y de tendencias médicas y no médicas sumamente importantes: a) los estudios de género feminista y el feminismo, en general, no analizan el papel del alcohol, pese al incremento del síndrome de alcoholismo fetal y de la mortalidad por cirrosis hepática en la mujer en algunos contextos; b) los estudios sobre los grupos gay y no gay casi no hacen referencias al papel del alcohol en las relaciones hetero y homosexuales vinculadas al VIH-sida; c) existen muy escasos trabajos en los que específicamente se estudian masculinidad y alcohol, e incluso violencia y alcohol desde la perspectiva de los estudios de género sobre masculinidad; d) los estudios actuales sobre clase obrera y sobre relaciones de clase ya no hacen referencias al papel del alcohol, como ocurría a fines del siglo XIX y principios del XX; e) los estudios sobre salud

siglo que él estudió intensamente, recordando que este analista construye su noción de biopoder centrado en la medicina y, especialmente, en la “locura”, en la enfermedad mental y en los manicomios, donde a través de diferentes tratamientos, en especial, del tratamiento moral, se ejerce y se fortalece un biopoder que tiene la legalidad y facticidad de encerrar a todo aquel que considera “loco”. Pero ocurre que Foucault (2008), en todo su análisis del poder psiquiátrico durante el siglo XIX, prácticamente nunca hace referencias al alcoholismo, que no solo era la primera causa de enfermedad mental en Francia, sino que generaba la mayoría de los sujetos internados por su locura en países como Francia o México. Según Postel y Quétel (1987) en 1887, 1897, 1907, 1927 y 1937 el alcoholismo fue la primera causa de internación de varones en hospicios franceses.

Más aún, en las clases magistrales de Michel Foucault sobre el tratamiento moral o sobre los anormales, observamos que el alcoholismo nunca aparece, pese a que los principales teóricos del tratamiento moral entre 1870 y 1910 eran especialistas en alcoholismo, y que gran parte de los internados por anormales o monstruosidades eran ciertos tipos de alcohólicos caracterizados por su degeneración. Como sabemos, Foucault propone una suerte de poder omnímodo del médico y, sobre todo, del psiquiatra, respecto del cual no solo los locos sino la población, en general, *acepta* que ejerzan el biopoder sobre ellos. Pero la información generada por los propios médicos y psiquiatras en Francia y en México indican que la mayoría de los internados en los hospicios son los que padecen alcoholismo, y que el alcohólico resulta un sujeto “molesto” para los psiquiatras, dado que gran parte de su comportamiento es “normal”, y es tan normal que pese al biopoder, la mayoría de los alcohólicos solo residen unos pocos días en los asilos porque los echan, dada su “normalidad”, o porque se escapan de dichos manicomios, pese al biopoder. Más aún, como ya señalamos, tanto en Francia, EEUU y México los especialistas proponen crear hospicios especiales para alcohólicos, y así separarlos del resto de los alienados.

laboral, especialmente los generados por las instituciones de seguridad social, prácticamente no tratan sobre alcoholismo, pese a que los especialistas reconocen que es la primera causa de ausentismo; f) mientras la cirrosis hepática siempre se identificó con el alcohol, desde la década de 1990 dicha asociación fue disminuyendo cada vez más, pasando la identificación actual a la relación cirrosis-hepatitis C; g) los estudios sobre violencias cercanas, especialmente violaciones, estupro, relaciones incestuosas, casi no mencionan el papel del alcohol; h) no solo corrientes terapéuticas individuales, sino corrientes terapéuticas familiares también ignoran el papel del alcohol. Y estas y otras negaciones se potencian para ir “negando” un problema que, sin embargo, sigue siendo reconocido como grave por los organismos nacionales e internacionales de salud. Y uno de los procesos a explicar es la múltiple negación del alcohol por corrientes sumamente diversas, que lo que posibilitan es la legitimación unilateral del consumo de alcohol.

Pero, además, ese biopoder que construye locuras y hospicios, y que operaría en el imaginario social controlándolo en términos simbólicos, solo puede internar a un escaso número de “locos” que, como ya señalé, se escapan cuando quieren o pueden de los hospicios o, lo que es más interesante, pueden llegar a simular su locura alcohólica para poder evadir castigos mayores. Una parte de los agresores, incluidos homicidas que deberían ser encarcelados, simulan ser alcohólicos y sobre todo alcohólicos epileptoides para así ser “encerrados” en hospicios y no solo evadir la cárcel, sino fugarse del hospicio, según surge de los textos generados por médicos mexicanos entre finales del siglo XIX y principios del siglo XX.

Y esta simulación pueden realizarla los alcohólicos y no alcohólicos, porque como señala el propio Foucault, el artículo 64 del código penal francés formulado en 1810 sostiene que “no hay crimen ni delito si el involucrado se encuentra en estado de demencia en el momento de cometerlo” (Foucault, 2000, p. 39). Y justamente el alcohol es lo que posibilitaba a homicidas y otros agresores evidenciar una “locura” que justificaba sus acciones, lo que aparece demostrado tanto para Francia como para México. Es decir, el biopoder no solo no puede ejercerse sobre una parte sustantiva de los locos, sino que los locos utilizan el biopoder en beneficio propio, y esto se ha mantenido hasta fechas recientes, dado que el alcoholismo disminuía en muchas sociedades “occidentales” la pena de quien realizaba un delito estando alcoholizado.

Pero, además, el biopoder es construido por Foucault a través de una de las disciplinas menos reconocida por la propia medicina, es decir, la psiquiatría, y no a partir de las especialidades que darán su identidad a la biomedicina y a partir de las cuales se ejercerá el biopoder. Una biomedicina que, por lo menos, entre la década de 1940 y la de 1980, trata de excluir al alcohólico de la consulta, dado que el alcohólico le devuelve al médico la imagen de su impericia y de su ineficacia para curarlo⁸. Más aún, el alcoholismo ha dado lugar al primer grupo de autoayuda, que además plantea en los hechos que solo el grupo de alcohólicos puede ser eficaz para “tratar” su alcoholismo. Al igual que los médicos, los grupos de Alcohólicos Anónimos consideran que el alcoholismo es una enfermedad, pero que nunca dejará de ser “enfermedad”; más aún, una enfermedad que debe ser tratada por los propios alcohólicos y no por los médicos. Lo cual se articula con la idea gestada en el último tercio del

⁸Históricamente, las enfermedades mentales, incluido el alcoholismo, aparecen como incurables o difíciles de curar, y así Postel y Quétel (1987) presentan datos según los cuales en Francia en 1874 y 1886 solo el 7,04% y el 3,33% respectivamente de los internados en hospicios recibía el alta como curados, mientras que en Inglaterra en 1870 y 1890 solo el 8,54% y 7,68% respectivamente eran considerados curados.

siglo XIX y principios del XX por una parte de los especialistas franceses, de que gran parte o la mayoría de las enfermedades mentales, incluido el alcoholismo, son incurables (Campos Marín, 2001). Y es esta noción fatal de incurabilidad la que conducirá —no solo a los grupos de Alcohólicos Anónimos, sino a una parte de los médicos— a impulsar la necesidad de la abstinencia.

Por lo cual, a través del libro presentamos información que contradice las propuestas de Foucault del biopoder, sobre todo a través del alcoholismo, recordando que durante los siglos XIX y XX, el país donde nació, se formó y trabajó Foucault es el que tiene el consumo per cápita de bebidas alcohólicas más alto del mundo en todas sus clases sociales, así como una de las más fuertes consecuencias en términos de mortalidad y ausentismo laboral, de baja productividad, de caída de la moral social y hasta de reducción de la natalidad. Y que es en ese país, junto con Gran Bretaña, EEUU, Alemania, Austria y otras naciones, donde las diferentes disciplinas e instituciones constituirán sendos discursos sobre el alcoholismo para construirlo y legitimarlo no solo médicamente, sino legalmente, policialmente y hasta literariamente, articulados con los intereses y necesidades de sectores económicos y políticos, en parte organizados en torno a la producción y comercialización del alcohol, sin que pudieran —y lo subrayo— imponer sus discursos a la mayoría de la sociedad que siguió consumiendo alcohol y alcoholizándose.

Una sociedad que logró que la alcoholización disminuyera la responsabilidad de los sujetos ante los delitos cometidos, y que negó en la práctica carácter de enfermedad al alcoholismo. Una población que prefirió ser “dependiente” del alcohol y no del médico, y que se caracterizó por su escasa demanda del tratamiento médico para el “alcoholismo”. Unos bebedores que, frente a las alternativas para abandonar el alcohol que la medicina ha propuesto desde el siglo XIX hasta la actualidad como, por ejemplo, reemplazar el alcohol con refrescos o desarrollar acciones deportivas y de otro tipo que los “distrayan” del consumo de alcohol, no solo no los ha “distráido” sino que observamos que una parte de los sujetos y grupos utilizan los refrescos y los espacios deportivos para consumir alcohol. Lo que era y sigue siendo esperable, dado que no solo los sujetos y grupos impulsan dicho consumo, sino que los objetivos económicos de ciertas empresas se montan sobre los usos individuales y colectivos de la gente. Por lo que necesitamos asumir que los procesos no son unilaterales y mecánicos, sobre todo los referidos a la alcoholización, dada la diversidad de estrategias que los diferentes sectores sociales, en forma complementaria o contradictoria, construyen en torno al alcohol, incluso reorientando las estrategias médicas que tratan de reducir su consumo o directamente eliminarlo.

Esto no niega que, como ocurre actualmente en el caso de la “guerra contra las drogas”, los sectores sociales dominantes utilizaran el alcoholismo para estigmatizar y encerrar en cárceles y manicomios a miembros de las clases bajas. Necesitamos asumir que la inmensa mayoría de los internados en hospicios públicos no se caracterizaban solo por ser anormales o monstruos, sino —como también reconoce Foucault— por ser pobres y marginales, pero sin que este analista reflexione acerca de que la mayoría de esos pobres no están internados por ser anormales o monstruos, sino por ser alcohólicos de clase baja (Foucault, 1990, 2000, 2008).

El alcohol produce un sujeto —y no solo un cuerpo— que se constituye en casi la antítesis del sujeto que necesita el capitalismo, caracterizado por su productividad, por su cumplimiento de normas laborales, por ser un sujeto disciplinado que no falta a su trabajo, lo que el alcoholizado cuestiona a través del “San Lunes” y de otras estrategias sociales. Esto se expresa claramente en el hecho de que el alcohólico es el prototipo del “degenerado” tanto para Morel como para Magnan, que no solo estudian la degeneración a través del heredoalcoholismo, sino que, según Morel, “el alcoholismo puede producir el grado más extremo de degradación al que el hombre puede llegar; en la medida que lleva a la abolición completa de todos los sentimientos morales” (Caponi, 2014, p. 87). Y este “San Lunes” más o menos “degenerado” se mantendrá, en un país como México, por lo menos hasta las décadas de 1960 y 1970, según lo registran algunos estudios (Fromm & Maccoby, 1970; De Walt, 1977) y nuestras propias investigaciones de la década de 1980.

Pero, además, la estrecha vinculación que tanto las clases dirigentes, el orden jurídico como la biomedicina impulsaron entre alcoholismo y homicidio tenía que ver, por lo menos parcialmente, con una tendencia socioepidemiológica fuerte que se estaba dando en los países europeos más desarrollados, y me refiero a la tendencia constante de la reducción de las tasas de homicidio durante los siglos XVIII y XIX (Muchembled, 2010). Y esta expresión del desarrollo civilizatorio, como diría Elías, sería cuestionada especialmente por los usos homicidas del alcohol.

Necesitamos asumir que, a partir de 1838, uno de los principales criterios, sino el principal, para que los sujetos en Francia debieran recibir tratamiento, o simplemente reclusión por su padecimiento mental, era la peligrosidad del sujeto para la sociedad y para sí mismo. Lo que fue discutido intensamente por la psiquiatría francesa durante el siglo XIX y primeras décadas del siglo XX, manteniendo la clasificación de enfermo peligroso caracterizado “por la inconciencia de su estado, por protestar de manera habitual y coherente contra el aislamiento que prescriben, y por haber cometido o estar expuestos a cometer, como consecuencia de su desorden mental, delitos y crímenes”

(Campos Marín, 2001, p. 49). Y este tipo de sujeto es generalmente un sujeto que padece alcoholismo, un alcoholismo que hasta antes del siglo XIX no se consideraba causal de crímenes (Levine, 1978), un alcohólico caracterizado por su “furor maniaco”, lo que también es ignorado por Foucault.

Si nos detenemos un tanto en este autor, es porque sus maneras de encarar ciertos aspectos de la enfermedad mental han seducido a diferentes tendencias intelectuales que asumen sus discursos como ciertos, pese a que frecuentemente se distancia de la realidad histórica estudiada, como ocurre con su negación incomprensible del alcoholismo en los siglos XIX y XX, así como con el supuesto biopoder construido a través de una disciplina secundaria⁹. Lo cual, y lo aclaro para evitar malas interpretaciones, no niega que existen poderes médicos.

Pero, además, si algo caracteriza a Foucault —como a todo neodurkheimiano— es su exclusión del sujeto, y por eso me resulta aún más difícil entender los usos de Foucault por varias corrientes psicoterapéuticas actuales. Ahora bien, lo que más me preocupa son los usos, no solo de Foucault sino de otros autores en nuestros países latinoamericanos; usos que calificaría como neocoloniales, y que se caracterizan por “apropiarse” acriticamente de sus propuestas posibilitando el desarrollo de “teoricismos” que poco tienen que ver con nuestras realidades, por lo menos en lo referente a los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención, incluido centralmente el alcoholismo. “Teoricistas” que suelen repetir la frase de Foucault “donde hay poder, hay resistencia”, pero sin presentar los análisis sobre dichas resistencias, realizados por Foucault. Y no los pueden presentar, simplemente porque no existen, dado que Foucault era un enamorado del poder-poder que, salvo en el caso de las histéricas y similares, nunca estudió en tanto sujetos y conjuntos sociales subalternos, y cuya obra —junto con la de otros intelectuales—ha conducido a construir una visión pesimista, cerrada y obturante de las posibilidades de enfrentar, reducir, cambiar o eliminar los “poderes” en nuestras sociedades actuales.

⁹Esta tendencia imaginativa y negadora de Foucault podemos observarla desde su libro sobre la Historia de la locura en la época clásica (1967), de la que excluye justamente a las dos sociedades en que más se habían desarrollado los manicomios, y me refiero a Italia y España, sin ninguna fundamentación metodológica y/o histórica de dichas exclusiones. Más aún, instituciones como el hospicio de Zaragoza cuya orientación tomó Pinel para el Hospital de la Pitié-Salpêtrière, o el Hospital de Valencia, del cual Lope de Vega escribió una obra de teatro referida a un manicomio (Tropé, 1994), son ignoradas por Foucault en su Historia de la locura en la época clásica.

Introducción

Alcoholismo, alcoholización y varios presupuestos

Alcoholismo: causa de todas las enfermedades modernas
Gustave Flaubert, *Dictionnaire des idées reçues*, 1913.

El “alcoholismo”, en forma directa (cirrosis hepática, psicosis alcohólica, síndrome de alcoholismo fetal) e indirecta (accidentes, homicidios), constituye una de las primeras causas de muerte en países latinoamericanos como México, Chile y Argentina. Estas consecuencias se registran, sobre todo, en varones de entre 20 y 64 años de edad, hasta el grado de que en México en los grupos etarios de 35 a 44 y de 45 a 64 años constituyen la primera o segunda causa de muerte. Es decir, en México los varones en la denominada “edad productiva” mueren por el uso y consumo de alcohol, más que por ninguna otra causa.

Respecto del “alcoholismo”, el saber médico ha evidenciado una notoria falta de eficacia y eficiencia para abatir, o por lo menos disminuir, las consecuencias de este problema, debido en gran medida a que han excluido los procesos socioculturales y, en menor medida, los procesos económico-políticos que operan en torno a la producción, consumo y especialmente los usos del alcohol. Si bien las investigaciones socioantropológicas han venido planteando desde la década de 1930 que el “alcoholismo”, como parte del proceso de alcoholización, constituye un fenómeno que en gran medida debe ser referido en su causalidad y desarrollo a procesos socioculturales; sin embargo, como lo señalan varios especialistas en diversos momentos (Freidson, 1978; Conrad y Schneider, 1980a; Singer, 1986), el saber médico, por lo menos a nivel de representación técnica, sigue afirmando que el “alcoholismo” constituye básicamente un “problema médico”, un “problema psiquiátrico”, lo cual de hecho margina y secundariza el uso de otro tipo de explicaciones y de otras alternativas teórico-prácticas.

Es coherente reconocer que una parte de las consecuencias del uso y consumo de alcohol tiene que ver directamente con el trabajo médico

—incluidas las acciones psiquiátrico-psicológicas— que implica curar, reparar, prevenir la cirrosis hepática, la “dependencia” alcohólica o las consecuencias de los accidentes en los que intervienen sujetos alcoholizados. Pero las investigaciones socioantropológicas e históricas han demostrado que el “alcohol” constituye frecuentemente un instrumento, un medio, en determinados contextos aparentemente imprescindible, para la realización de rituales de interacción social, económica y/o cultural, dentro de los cuales se desarrollan, o no, los padecimientos señalados. Además, la investigación antropológica ha evidenciado que dichos rituales alcoholizados constituyen parte nuclear del sistema ideológico-cultural dominante, por lo menos en algunos grupos étnicos mexicanos (Menéndez, 1987).

Ciertos estudios sociales, sobre todo los generados desde una perspectiva económico-política, han puesto en evidencia que la producción y comercialización del alcohol constituye uno de los rubros más dinámicos de la economía de varios países europeos y latinoamericanos, entre los cuales deben incluirse a México, Chile y Argentina (Quintar 1983; Cavanagh y Clairmonte, 1985; Singer 1986). Por otra parte, una serie de estudios sociomédicos han demostrado reiteradamente que el costo social del uso y consumo de alcohol, incluido el costo que corresponde al sector salud, constituye uno de los principales, y frecuentemente el más importante, en países como Francia, Finlandia o EEUU y, con casi total seguridad, en México.

Desgraciadamente, a nivel nacional no tenemos investigaciones al respecto, ya que ni el aparato médico-sanitario ni ningún otro sector del Estado las han hecho, aunque tenemos estimaciones realizadas por el sector salud. Así, en 1980, la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) estimaba en 200.000 millones de pesos el costo anual del alcoholismo, mientras que Alcohólicos Anónimos y el Congreso del Trabajo calculaban pérdidas económicas por un valor de 270.000 millones de pesos anuales. A su vez, y con fines comparativos, podemos observar que los costos por accidentes laborales y de tránsito, por ausentismo y por atención médica, relacionados con el consumo de alcohol, en 1979, supusieron una “pérdida” de 18.000 millones de francos al Estado francés.

El costo del alcoholismo parece incrementarse interminablemente en casi todos los contextos de los cuales tenemos información, de tal manera que según el *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism* (NIAAA), el costo del alcoholismo en EEUU fue, a finales de la década de 1960, de 15.000 millones de dólares. Pero en 1971, el costo ya había pasado a 25.000 millones

de dólares¹, en 1975 a 43.000 millones de dólares, en 1980 a 89.521 millones, llegando en 1983 a 125.000 millones de dólares. Debe señalarse que, hacia 1980, el costo global por las consecuencias del consumo de alcohol y drogas y por enfermedad mental se estimó en 190.000 millones de dólares, con mayor incidencia del costo del alcoholismo, pues representó el 47% del total². Estos costos se refieren básicamente a las consecuencias que operan en los sujetos y conjuntos sociales en “edad productiva” y, de hecho, constituyen uno de los principales rubros en los que los aparatos médico-sanitarios invierten en varios de los países de mayor desarrollo socioeconómico.

Ahora bien, pese a que el alcohol en forma directa e indirecta constituye la sustancia que más problemas sociales y de salud genera, comparado con cualquier otra sustancia “adictiva”; sin embargo, es considerado a nivel biomédico y legal como una sustancia libre para el consumo, lo cual nos parece excelente; pero ocurre que otras sustancias, con muchísimas menores consecuencias negativas en todos los aspectos, como es el caso de la marihuana, aparece biomédica y legalmente prohibida lo cual, desde el punto de vista biomédico, constituye un enigma, que solo puede comprenderse si referimos esta aparente contradicción a las dimensiones económico-políticas e ideológico-culturales que operan en nuestros países.

Es a partir de lo señalado que pueden plantearse una serie de interrogantes, que en gran medida sintetizan los objetivos de este trabajo, y de los cuales solo enumeraremos las siguientes: a) ¿por qué el saber médico ha tenido y tiene tan escasa eficacia respecto de la mayoría de los problemas de “salud” generados directa e indirectamente por los usos del alcohol?; b) ¿por qué, pese a considerarlo y circunscribirlo como un grave “problema médico”, por lo menos desde finales del siglo XIX, el sector salud mexicano ha generado tan escasas y discontinuas acciones sistemáticas, y solo a mediados de la década de 1980 ha propuesto un programa específico?; c) ¿por qué en las instituciones médicas que tienen que ver, por lo menos parcialmente, con la reproducción de la fuerza de trabajo, como es el caso del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y en las cuales el “alcoholismo” constituye una de las primeras causas de mortalidad, morbilidad y ausentismo, no se han destinado recursos económicos y humanos ni se han generado estrategias específicas respecto de esta problemática?; y d) ¿cuáles son las características y

¹El desagregado del costo del alcoholismo en 1971 fue el siguiente: 9.350 millones de dólares por ausentismo y disminución de la productividad, 8.290 por atención médica, 6.640 por accidentes automotores, 640 por programas de rehabilitación de alcohólicos, 510 por costos judiciales y 140 millones de dólares por otros rubros.

²El costo de las otras drogadicciones constituyó el 25% y, el costo de la enfermedad mental, el 28%. Para el conjunto de la información presentada ver Harwood *et al.* (1984) y Marlatt (1983).

funciones del saber y la ideología médicas que están operando en la detección, curación y prevención del “alcoholismo”, que permitan entender las limitaciones y fracasos de la biomedicina respecto de este problema?

Considero que estas preguntas pueden ser contestadas por medio de la descripción y análisis de las políticas, estrategias y actividades generadas por el sector salud y por el saber médico mexicanos respecto de esta problemática. Desgraciadamente, no existe para México ni, que yo sepa, para América Latina, ningún trabajo que describa y analice las actividades desarrolladas por el sector salud respecto del “alcoholismo”, y cuál ha sido su impacto en términos de la reducción de la morbimortalidad. Existen notables aportes, incluso de tipo histórico, referentes a otros contextos nacionales, así como análisis puntuales de la eficacia y/o limitaciones de determinados programas y técnicas³, pero no estudios sobre el papel de los aparatos médico-sanitarios y de los programas específicos sobre esta problemática.

En consecuencia, hay otra interrogante que considero crucial y que refiere a la inexistencia de evaluaciones sobre la trayectoria de las instituciones de salud y de sus actividades respecto de, por lo menos, las primeras causas de mortalidad, incluido obviamente el alcoholismo. Esta omisión la consideramos paradigmática en términos ideológicos, pues no solo evidencia una concepción ahistórica y asocial del papel de la biomedicina, sino porque dicha omisión limita o directamente impide poder evaluar las acciones del sector salud en el mediano y largo plazo. Limita además la reflexión sobre la posibilidad y necesidad de establecer reorientaciones en las políticas y actividades, y no sobre problemas secundarios, sino sobre una de las principales causas por las cuales mueren los mexicanos.

Para México, contamos con varias encuestas epidemiológicas sobre “alcoholismo” desde la década de 1960; pero la información generada no da cuenta de los factores y menos de los procesos económico-políticos y socio-culturales que intervienen en el proceso de alcoholización. Existen también descripciones de la organización y rendimiento de algunas unidades médicas dedicadas a la atención de alcohólicos, así como trabajos que incluyen la percepción que el equipo de salud tiene del “alcoholismo”⁴ (Turull, 1982a, 1982b; Puente y Tenorio 1982; Calderón *et al.*, 1981). Además, contamos con un cuerpo de investigaciones socioantropológicas sobre el “proceso de alcoholización” desde la década de 1930 hasta la actualidad (Menéndez, 1987) que

³Debe indicarse que, para Costa Rica, González Avendaño (1984) ha producido una investigación sobre la ideología del sector salud respecto del “alcoholismo”.

⁴Entrecomillamos esta palabra inicialmente, pero de aquí en adelante se dejarán las comillas solo donde se juzgue necesario.

describen, sobre todo, los patrones culturales de uso y consumo de alcohol por parte de los grupos estudiados, pero que no dan información sobre las actividades del sector salud.

Alcoholismo y alcoholización: la trivialización de un problema complejo

Nuestro análisis pretende comenzar a resolver los interrogantes planteados a partir de un enfoque que consideramos pertinente, aclarando que este trabajo se incluye dentro de un campo teórico que denominamos enfoque relacional, que propone el papel relevante que tienen las relaciones y rituales sociales que operan entre diferentes actores sociales en la causalidad, desarrollo, tratamiento, prevención y solución o mantenimiento de las enfermedades o, por lo menos, de los problemas relacionados con las enfermedades. Este enfoque lo venimos aplicando a diferentes procesos, a través de los cuales hemos descripto y analizado el saber biomédico, pero no solo en sí, sino en sus relaciones con las otras formas de atención de los padecimientos y, especialmente, con la forma dominante en los sujetos y microgrupos, es decir, la autoatención.

En términos teórico-metodológicos hemos construido lo que denominamos “modelo médico hegemónico” y “modelo de autoatención” (Menéndez, 1981, 1982a, 1983, 1985), a través de los cuales hemos tratado de pensar los procesos de atención desde un alto nivel de abstracción que, en el caso del modelo médico hegemónico, nos permita explicar no solo sus limitaciones para enfrentar el alcoholismo, sino establecer las funciones sociales que dicho modelo cumple, más allá de sus propuestas técnicas intencionales. En este texto solo haré escasas referencias al modelo de autoatención, dado que no es su objetivo, pero subrayo que la autoatención es básica no solo para entender el consumo de alcohol en términos de “automedicación” sino para encontrar en ella gran parte de las “resistencias” que los médicos encuentran en los alcohólicos.

Los saberes médicos, que incluyen tanto las representaciones como las prácticas técnicas, no tienen que ver solo con la atención, curación y prevención de los padecimientos, sino con toda la serie de funciones (normar, controlar, legitimar) que pueden adquirir carácter dominante a nivel profesional, del sector salud y/o de los conjuntos sociales. Este campo teórico y este enfoque se han ido constituyendo, en nuestro caso, a partir de aportes de diferente orientación teórica. Conscientemente, considero que los principales aportes proceden de las propuestas sobre “desviación” de Lemert

(1967) y de la teoría crítica de la desviación, sobre todo en su tendencia británica (Taylor *et al.*, 1977); del marxismo gramsciano y, en especial, de los textos de De Martino (1975), así como de la escuela británica de historia social (Thompson, 1981) y del construccionismo (Gusfield, 1963), como también del interaccionismo simbólico de George H. Mead (1953) y de algunas propuestas de Milgram (1974) y de los antisiquiatras.

A partir de la apropiación teórica de estas y de otras propuestas, he intentado generar un modelo teórico para aplicarlo al análisis de la ideología y el saber médicos respecto del alcoholismo. Nuestro punto de partida es casi obvio: asumimos que tanto los usos del alcohol por parte de los sujetos y grupos sociales, que pueden generar alcoholismo, como el aparato médico-sanitario que debe actuar sobre dicho problema, constituyen parte del proceso de salud/enfermedad/atención-prevención (de ahora en adelante procesos de s/e/a-p), pero que además constituyen fenómenos de tipo socio-cultural, económico y político. En el caso del aparato médico-sanitario, sus orientaciones aplicativas, los modos de relacionarse con los problemas a resolver, las formas de actuar sobre los conjuntos sociales suponen la utilización de medios “técnicos” que, en su funcionamiento, generan consecuencias sociales e ideológicas a través de las actividades de curación y de prevención, más allá de la eficacia y eficiencia que estas puedan tener.

Esta afirmación no pretende negar la especificidad de las actividades médicas, sino que las ubica dentro de un contexto no meramente técnico, y dentro de un tipo de análisis socioantropológico que convierte al aparato médico-sanitario en lo que es: una institución que cumple funciones sociales, económicas e ideológicas, a través de sus acciones técnicas y científicas sobre los procesos de s/e/a-p. En el caso de los sujetos y, sobre todo, de los conjuntos sociales, como veremos más adelante, el alcohol, en numerosas sociedades, constituye un medio, a veces imprescindible, para llevar a cabo toda una serie de comportamientos organizados en torno a la familia, a los amigos, a las ceremonias religiosas y cívicas, a los ritos de pasaje que tienden a normalizar socialmente el consumo y los usos del alcohol.

Este enfoque implica explicitar los presupuestos y conceptos básicos con que nos manejamos, para así saber de quién y de qué estamos hablando, así como desde dónde hablamos. Sin embargo, las explicitaciones de nuestros presupuestos —sobre todo ahora que se ha declarado nuevamente la muerte de la ideología— aparecen cada vez menos necesarias para los investigadores, sobre todo si respecto del alcoholismo, se asume una perspectiva exclusivamente técnica y profesional que considera que su quehacer es básicamente científico y que, por lo tanto, excluye los presupuestos conscientes e

inconscientes de todo tipo con que el médico —y el personal de salud en general— se acercan al alcohol y al alcoholismo.

Como en este texto vamos a tratar de demostrar que el alcoholismo no constituye solo un problema técnico pensado en términos de enfermedad-padecimiento, sino un proceso social, cultural e ideológico generado en el proceso de alcoholización, partimos de asumir que todos los miembros de una sociedad en la que se consume alcohol generan en forma consciente/no consciente estereotipos positivos, negativos y ambivalentes respecto no solo del alcohol, sino de los alcoholizados y de los alcohólicos. Y dado que estos estereotipos pueden llegar a guiar nuestros comportamientos, incluso nuestros comportamientos profesionales, considero necesario que, desde una perspectiva metodológica, explicitemos por lo menos los supuestos de los que somos conscientes, además de proponer con la mayor precisión posible los conceptos básicos a utilizar.

La trivialización técnica puede convertir el alcoholismo en un problema exclusivamente médico o en un proceso únicamente económico-político; de allí que nuestro punto de partida sea asumir no solo la dificultad “curativa” del paciente alcohólico, sino la complejidad del fenómeno conocido como alcoholismo tanto para los que lo atienden profesionalmente como para los que lo estudian en términos biomédicos o en términos socioantropológicos.

La formulación de mis presupuestos no solo trata de establecer las valoraciones que tengo a nivel consciente de los usos del alcohol, sino que permite presentar también información sobre el marco histórico-social del proceso de alcoholización, referido a los conjuntos sociales y a la biomedicina. Cabe aclarar que nuestro análisis se centra exclusivamente sobre esta última, para hallar, en su propio desarrollo, las limitaciones e imposibilidades, así como también sus posibles eficacias. Si bien en este texto no focalizamos, en particular, en los procesos ideológicos y económico-políticos, estos aparecen a través del análisis del saber médico. Más aún, en varios capítulos presentamos información que permite observar no solo los aportes socio-antropológicos al problema del alcoholismo, sino la existencia de fuerzas económicas y culturales que operan a favor de la alcoholización. Estos materiales ponen en evidencia la falta de proyectos que traten de integrar dichos procesos a las políticas de salud dominantes.

El alcoholismo, pensado en términos de proceso de alcoholización, permite observar el continuo juego de regla-transgresión organizado en torno a dicha problemática, así como la continua legitimación —por lo menos en México— que la transgresión obtiene de los grupos sociales, más allá de cuestionarla. El alcoholismo permite además recuperar la relación estructura-sujeto, no desde su biologización, sino desde una dinámica personal y

colectiva que puede convertir el consumo de alcohol en goce, violencia o “cansancio”. Pero, además, el alcoholismo, y sobre todo el proceso de alcoholización, permite revisar críticamente no solo el desarrollo de las instituciones del sector salud, sino el conjunto de relaciones transaccionales construidas a partir del uso y consumo del alcohol.

Señalado lo anterior, voy a enumerar los presupuestos con los que estudié el proceso de alcoholización, incluido el alcoholismo, aclarando que dichos presupuestos están ordenados en tres apartados, y formulados de manera intencionalmente esquemática, subrayando que algunos de ellos serán profundizados durante el análisis. Además, al final propongo la definición de los principales conceptos que utilizo en este texto.

Presupuestos más o menos conscientes

A continuación, y organizados en tres apartados, enumero una parte de los presupuestos trabajados en la serie de estudios que realicé entre 1982 y 1990, y que indican mi manera de acercarme intencionalmente a investigar diferentes procesos organizados en torno al alcoholismo, pero recordando que gran parte de nuestros presupuestos —frecuentemente los más significativos y orientadores— no son conscientes y necesitamos autoaplicarnos mecanismos de ruptura epistemológica para que estos puedan emerger (Bourdieu *et al.* 1975; Devereux, 1977), lo que en mi caso evidenció una orientación positiva hacia una parte de las funciones sociales que cumplen los usos del alcohol.

- D) Presupuestos referidos a las consecuencias negativas y a las funciones positivas del consumo de alcohol:
- a) Las consecuencias negativas del consumo de alcohol se están incrementando en casi todos los contextos sociales a través de la mortalidad por cirrosis hepática, homicidios, accidentes, síndrome de alcoholismo fetal, padecimientos mentales, etc.
 - b) Las consecuencias negativas del consumo de alcohol están incrementándose no solo en espacios “marginales”, sino en los diferentes espacios de consumo, ya sean familiares, laborales o de festividades colectivas.
 - c) Las consecuencias negativas operan no solo en los sectores sociales a los que tradicionalmente afectaba, sino que se incrementa constantemente en mujeres y adolescentes de ambos sexos de diferentes estratos sociales.

- d) Las representaciones sociales respecto del alcoholismo se han ido modificando, sobre todo a nivel del personal de salud, pasando de ser considerado una costumbre y un vicio a ser considerado como enfermedad, aun cuando mantiene la connotación de vicio en determinados contextos.
- e) Los usos del alcohol forman parte normalizada de los usos y costumbres de numerosas sociedades, de tal manera que no beber constituye en ellas un uso anormal, ya que lo normal es tomar bebidas alcohólicas.
- f) El alcohol cumple numerosas funciones positivas en sociedades como las latinoamericanas, sobre todo, a nivel de pequeños grupos y a nivel comunitario.
- g) En gran parte de las sociedades los sujetos y grupos valoran más las funciones positivas del alcohol que sus consecuencias negativas: mientras la pauta ideal consiste en criticar el consumo de alcohol, la pauta real es usarlo.
- h) El saber biomédico ha tenido escasa eficacia en la solución de esta problemática.
- i) El personal de salud y gran parte de los curadores tradicionales usan y consumen alcohol en forma normalizada y, en algunas sociedades, los curadores, incluidos los médicos, pueden tener consumos patológicos de alcohol.
- j) Uno de los problemas del alcoholismo es que simultáneamente puede implicar consecuencias y funciones no solo negativas y positivas, sino ambivalentes para los sujetos que consumen y no consumen.

II) Presupuestos referidos a la constitución histórica del proceso de alcoholización:

- a) Por lo menos desde los siglos XV y XVI, la producción y comercialización de las bebidas alcohólicas constituye un fenómeno de importancia nuclear para algunas sociedades europeas y americanas.
- b) La emergencia de la alcoholización de “masas” como un fenómeno continuo y no solo ritualmente esporádico (como las “fiestas”) parece haberse ido constituyendo en los países europeos y americanos durante los siglos XVIII y XIX.
- c) Los procesos sociales que impulsan la expansión colonial y el capitalismo desde los siglos XV y XVI establecen nuevas condiciones para el proceso de alcoholización que emerge con claridad durante el siglo XVIII en varios países europeos.
- d) Tanto el inicio de la expulsión campesina, el desarrollo de nuevas formas de producción, la emergencia de la “desocupación” cíclica en países

Europeos, como el acto de violentar y reestructurar las sociedades americanas, aunado a la continua expansión productiva de las bebidas destiladas y fermentadas, favorecen el proceso de alcoholización.

- e) Dichos procesos implicaron la ruptura de los ritmos productivo-sociales “rurales”, violentaron la organización social e ideológica, con sus consecuencias en la dimensión demográfica, y la agudización del ciclo ocupación/desocupación, generación de marginación urbana.
- f) La expansión colonial supone la apertura de nuevos mercados para la producción alcoholera; primero, de mediana graduación (menos de 18°) y, ulteriormente, de “aguardientes”.
- g) El desarrollo capitalista aplica criterios de producción y rentabilidad que suponen la necesaria expansión de la producción en forma coercitiva y violenta, así como la construcción social e ideológica de nuevas “necesidades” en la población nativa americana.
- h) Una parte de los grupos étnicos americanos incorporan no solo el consumo de alcohol, sino que se apropian de la producción de bebidas destiladas para el autoconsumo, y convierten esta sustancia “extraña” en parte de sus principales rituales de integración e identidad.
- i) La alcoholización se convierte en alcoholismo fundamentalmente a finales del siglo XVIII y, sobre todo, durante el siglo XIX, pasando a constituirse en una categoría nosológica de la medicina científica a mediados de este último siglo.

III) Presupuestos referidos a la alcoholización como proceso activo dentro de una estructura de clases:

- a) La alcoholización se constituye como un fenómeno de masas que afecta desde el inicio a todas las clases sociales, aun cuando sus consecuencias negativas más graves y manifiestas son percibidas casi exclusivamente en las clases subalternas.
- b) Prácticamente en todos los estratos y sectores sociales, el uso y consumo de alcohol aparece determinante para las transacciones sociales que operan en un nivel inter e intraestratos o grupos.
- c) El uso y consumo de alcohol cumplió y sigue cumpliendo múltiples funciones en las sociedades donde dicho uso y consumo existen. Estas funciones se han ido modificando, pero en todo momento aparecen como “necesarias” para los sujetos y conjuntos sociales.
- d) El proceso de alcoholización supone la construcción colectiva y estratificada de funciones que adquieren características de complementación, pero también de conflicto entre los diferentes sectores sociales. La alcoholización puede ser funcional y emerger como un efectivo

articulador de clases, ya que todos (o casi todos) nos reconocemos en la ingestión que, a su vez, puede suponer transacciones ritualizadas entre sectores homogéneos y heterogéneos, o funcionar como un mecanismo de identificación diferencial ya sea desde el poder para estigmatizar o como mecanismo de pertenencia cultural para unificar.

- e) La alcoholización posibilita potencialmente el ausentismo laboral sistemático (“San Lunes”), el tortuguismo, la baja de calidad de la producción; es decir, puede afectar la productividad; pero, además, puede transferir al tiempo no ocupado y/o desocupado una *dependencia* al alcohol que limita otro tipo de acciones políticas y sociales.
- f) La alcoholización permite el insulto y hasta la criminalidad interclases pero, fundamentalmente, es parte de la violencia y criminalidad intraclase.
- g) La alcoholización de masas supone un creciente proceso de dependencia social e ideológica que inhibe el nivel de la acción, o lo formula y “ejecuta” a través de proyectos imaginarios.
- h) Las clases dominantes, en la segunda mitad del siglo XIX, construyeron toda una serie de estereotipos negativos respecto del consumo de alcohol de las clases bajas urbanas, como mecanismo de control ideológico, y gran parte de esos estereotipos fueron generados a partir de las concepciones biomédicas del alcoholismo y de los alcohólicos.
- i) La alcoholización ha operado como un mecanismo de control social que se complementa con otras medidas de control que procesa el sistema a través de la institución médica y de otras instituciones. Respecto de la desocupación estructural y de la marginación social, instituciones como el asilo, el hospital y la cárcel, con aval médico en muchos contextos, han operado como agentes de control de los alcoholizados por parte de las instituciones dominantes, pero también como “solución” a las necesidades familiares. En determinados países, se puede constatar que, a más altas tasas de desocupación laboral, existe mayor internamiento carcelario, asilar y hospitalario basado especialmente en el alcoholismo de los sujetos.

A partir de estos y otros presupuestos, algunos documentados y otros existenciales, mi mirada de los usos del alcohol y del alcoholismo incluye aspectos positivos, negativos y ambivalentes que, en principio, se distancia de la mirada médica anclada profesionalmente en los aspectos negativos.

Algunos conceptos a precisar

Por último, me interesa precisar el uso que haré de una serie de conceptos que no solo son claves para este trabajo, sino respecto de los cuales suelen ocurrir desacuerdos teóricos. Desde esta perspectiva los conceptos básicos a precisar son los siguientes:

- a) Alcohol: sustancia química que se genera por fermentación o destilación de muy diversas sustancias (frutos, cereales, agaves, leche, etc.), cuya graduación oscila generalmente entre 4° y 60° aunque, en el caso del alcohol “puro” o “fino”, que también se usa como bebida, puede llegar a 96°. Esta sustancia tiene determinadas propiedades con efectos fisiológicos y puede generar algunos padecimientos, entre los cuales, los más significativos son la cirrosis hepática y la psicosis alcohólica. No obstante, dicha sustancia no genera necesariamente la mayoría de las consecuencias sociales negativas que se le adjudican, ya que estas son generadas por procesos y relaciones económico-políticas y socio-culturales y no productos del alcohol en sí.
- b) Alcoholismo: es un término de difícil precisión dada la carga ideológica que contiene, la notable diversidad de definiciones técnicas y la ambigüedad del problema que pretende conceptualizar. En este trabajo, vamos a denominar como alcoholismo a las consecuencias patológicas físicas y mentales generadas en forma directa por el consumo de alcohol y que principalmente implican a los dos padecimientos señalados.
- c) Complejo alcohólico: este concepto refiere al conjunto de consecuencias patológicas físicas y mentales directas (las ya señaladas) e indirectas (una parte de los accidentes, de los homicidios, de las lesiones, de los padecimientos mentales) producidas por el uso y consumo de alcohol. En circunstancias específicas, este complejo puede incluir otros padecimientos como desnutrición o tuberculosis bronco-pulmonar, así como también incluir fenómenos como la prostitución y el suicidio.
- d) Alcoholización: se refiere a los procesos y estructuras económico-políticas y socioculturales, que operan en una situación históricamente determinada para establecer las características básicas de la producción, uso y consumo, que implica el no consumo de alcohol por parte de los sujetos y conjuntos sociales. Y es dentro de este proceso que deben ser incluidos el alcohol, el alcoholismo y el complejo alcohólico.

- e) Saber: refiere a las representaciones y prácticas sociales utilizadas por sujetos y grupos, que pueden ser isomórficas o evidenciar leves o fuertes distanciamientos entre lo que se dice y lo que se hace.
- f) Pauta ideal, real y construida: siguiendo a Linton (1945a) reconocemos que, en toda sociedad, los sujetos y grupos viven a través de pautas ideales (lo que debe ser), de pautas reales (lo que se hace realmente) y de pautas construidas (lo que cada sujeto o microgrupo hace).
- g) Ideología: mientras por cultura nos referimos a lo dado, a lo que está ahí y que reproducimos; por ideología nos referimos al proceso de involucración consciente y de movilización cultural.
- h) Apropiación teórico-metodológica: proceso por el cual hacemos propia una teoría o una metodología, no como reproducción mecánica, sino como “recreación” personal.

Señalados los objetivos y los interrogantes, así como aclarados algunos conceptos y enumerados los principales presupuestos conscientes, ahora trataremos de comenzar a desarrollar el problema.

Capítulo 1

El problema del alcoholismo en México: tendencias, procesos y situación actual

*El alcohol quita las penas,
las penas quita el alcohol,
y quitando poco a poco,
quisiera quitarme yo.*

Copla escuchada en una cantina de la ciudad de San Luis Potosí (México) (mayo de 1976)

En este primer capítulo, hago una síntesis de la problemática del alcoholismo en México, en términos de sus consecuencias negativas focalizadas en la morbimortalidad, y presento en forma sintética el conjunto de actividades y estrategias antialcohólicas desarrolladas tanto por el sector salud, como por los conjuntos sociales. Dichas acciones son analizadas dentro de un proceso caracterizado por el continuo incremento de la producción y consumo de bebidas alcohólicas.

Tendencias de la mortalidad general y de la mortalidad por alcoholismo en México

A principios de la década de 1920, México tenía una de las tasas más altas de mortalidad general (27 por mil) y de mortalidad infantil (220 por mil niños menores de un año) respecto del conjunto de países europeos y americanos. A partir de la década de 1930 pero, sobre todo, durante las décadas de 1940 y 1950 se generó un notorio descenso de dichas tasas. La mortalidad general pasó de 23 por mil en 1940 a 11,5 por mil en 1960 y, si bien en la década de 1960 decreció notoriamente la velocidad del descenso, durante la de 1970 se retomó el descenso y la mortalidad general pasó de 9,9 por mil en 1970 a 6,2 por mil en 1980 y a 5,8 en 1983 (Tabla 1.1). A su vez la mortalidad infantil descendió

Tabla 1.1. Mortalidad general en México (por mil habitantes), 1930-1983.

Año	Tasa
1930	26,6
1940	23,3
1950	16,2
1960	11,5
1970	9,9
1980	6,2
1983	5,8

Fuente: Álvarez Amézquita *et al.* (1960); SSA (1963, 1987); Corona *et al.* (1981).

de 68,5 por mil nacidos vivos registrados (NVR) en 1970 a 33,4 por mil NVR en 1982¹; lo cual indica que luego de una notoria tendencia al desaceleramiento durante la década de 1960 y primeros años de la de 1970, se generó un nuevo impulso hacia el descenso que, según las autoridades sanitarias, se mantiene en la actualidad. Este desarrollo se verificó en el incremento de la esperanza de vida al nacer que pasó de 36,8 años en 1930 a 41,4 años de 1940, a 49,6 en 1950, a 59 en 1960, a 62 años en 1970 y a 65,3 en 1980. La ganancia anual se incrementó desde los años cuarenta hasta los cincuenta para reducirse en los sesenta, y volver a tener un mayor ritmo de aumento en los ochenta (Tabla 1.2). Ahora bien, si nosotros observamos las tendencias de la mortalidad no solo a nivel general, sino por padecimiento, detectamos algunos cambios significativos en el perfil epidemiológico. Mientras que determinados padecimientos, que inciden básicamente en la mortalidad infantil y en la mortalidad preescolar, tienden objetivamente a descender —y me refiero específicamente a los padecimientos diarreicos y a los respiratorios agudos—, otras enfermedades y/o problemas tienden a incrementarse significativamente en términos absolutos o comparativos, y varios de dichos padecimientos operan de manera dominante en el perfil epidemiológico del denominado grupo etario en edad productiva. Me refiero a diabetes mellitus, a enfermedades cardíacas pero, sobre todo, a accidentes en la vía pública, a homicidios y a cirrosis hepática. En 1981 estas tres últimas causas ya constituían

Tabla 1.2. Esperanza de vida al nacer, México, 1930-1980.

Año	Hombre	Mujer	Total
1930	36,1	37,5	36,8
1940	40,4	42,5	41,4
1950	48,0	51,0	49,6
1960	57,6	60,3	59,0
1970	60,5	63,0	62,0
1980	62,2	68,3	65,3

Fuente: SSA (1977, 1984, 1986, 1987); Corona *et al.*, (1981).

¹Debe recordarse que estos valores, incluidos los más actuales, son dudosos, y ello se pone de manifiesto en las diferentes tasas que maneja simultáneamente el propio sector salud mexicano, así como la disparidad con estimaciones no nacionales. Así, para 1983 el Population Reference Bureau reconocía una tasa de mortalidad infantil de 55 por mil nacidos vivos y para 1986 una tasa de 53 por mil nacidos vivos (Population Reference Bureau, 1987).

Tabla 1.3. Primeras causas de mortalidad general, según grupos etarios en edad productiva. México, 1981.

Grupo etario	15-24		25-44		45-64		15-64		Otros grupos		Total de grupos	
Causas de mortalidad	Número	Orden	Número	Orden	Número	Orden	Número	Orden	Número	Orden	Número	Orden
Infecciones intestinales mal definidas	362	7°	1.888	1°	1.098	9°	2.348	11°	29.736	1°	32.084	2°
Neumonía	504	5°	1.695	5°	2.139	6°	4.338	6°	27.838	2°	32.176	1°
Diabetes mellitus	110	11°	964	10°	5.642	2°	6.716	4°	8.714	3°	15.430	4°
Cirrosis y otras	145	10°	4.065	3°	6.768	1°	10.978	2°	3.924	7°	14.902	5°
Accidentes automotores	4.001	1°	5.630	1°	2.761	4°	12.392	1°	5.048	5°	17.440	3°
Infarto agudo de miocardio	175	9°	1.088	8°	4.057	3°	5.320	5°	8.086	4°	13.406	6°
Homicidio	3.218	2°	4.336	2°	2.256	5°	9.810	3°	2.786	8°	12.596	7°
Nefritis	352	8°	980	9°	1.752	7°	3.084	9°	4.096	6°	7.180	8°
Tuberculosis	372	6°	1.370	6°	1.475	8°	3.217	8°	2.037	4°	5.254	9°
Caidas accidentales	851	4°	1.192	7°	793	10°	2.836	10°	1.873	10°	4.708	11°
Ahogamiento y sumersión accidental	1.453	3°	1.740	4°	463	11°	3.656	7°	1.515	11°	5.171	10°
Otras causas	14.529	-	31.062	-	43.820	-	89.411	-	174.511	-	263.922	-
Total	25.927	-	55.010	-	73.024	-	153.961	-	270.313	-	424.274	-

Fuente: SSA (1986).

las principales “enfermedades” de las cuales morían las personas que tenían entre 15 y 64 años de edad (Tabla 1.3).

Si analizamos particularmente cada una de estas últimas causas, observamos que, desde 1922, la muerte por “violencias” está dentro de las primeras diez causas de muerte; en 1950, llega a ser la sexta; en 1960, la quinta; en 1970, la tercera; en 1980, la segunda; y la primera a partir de 1982. De tal manera que la tendencia demográfica de las muertes “violentas” ha pasado de una tasa media de 69 por 100.000 en la década de 1960, a 82 por 100.000 en la de 1970. A partir de 1973, se observa un notorio incremento: la tasa pasa de 74,3 por 100.000, en dicho año, a 94 por 100.000, en 1979. En la década de 1980 se mantiene esta tendencia².

²México ha presentado continuamente un perfil epidemiológico caracterizado por la significación de las muertes “violentas”. El informe COPLAMAR concluía en 1982: “De acuerdo con los resultados de la estandarización de la mortalidad por causas, México tenía en 1974 una tasa de muertes violentas para el grupo 15-64 años de 1,2 por mil habitantes, tasa superior a cualquiera de los 14 países estudiados en la estandarización” (1982, p. 93).

Esta dinámica es producto del mantenimiento de las tasas de homicidio y de un aumento continuo de las tasas de mortalidad por accidentes. Mientras que la tasa de mortalidad por homicidios ha tenido una media de 17 por 100.000 habitantes en la década de 1970, la de accidentes ha sido de 38 por 100.000. El conjunto de la mortalidad por violencias ha pasado de representar el 6,5% del total de muertes en 1960, a constituir el 7,1%, en 1970, y el 14,0%, en 1979.

La mortalidad por cirrosis hepática constituye, a su vez, un fenómeno particular: desde hace más de treinta años aparece entre las primeras quince causas de muerte y, desde la década de 1960, entre las primeras diez. Pero este desarrollo se ha generado a partir de mantener una tasa relativamente estable, ya que la tasa de mortalidad por cirrosis hepática fue de 20,7 por 100.000 en 1930 y desde entonces ha sufrido pocos cambios. Para la década de 1960 fue de 22 por 100.000; en 1970, de 22,8 por 100.000; en 1980, de 21,7 por 100.000; y, en 1983, de 22,2 por 100.000. Dada la tendencia al decremento de la mortalidad general y de algunas causas particulares, la mortalidad por cirrosis hepática ha pasado de representar el 1,2% del total de muertes, en

1960, a constituir el 4,2% en 1983. Un gran número de especialistas nacionales y extranjeros dudan sobre la veracidad de estos valores, considerando que deben ser necesariamente superiores. Dicha estimación conduce a algunos de ellos a desestimar la utilización de los datos oficiales³ (Tabla 1.4).

A partir de asumir el incremento en la mortalidad por violencias y, en particular, por accidentes, de reconocer que los valores sobre mortalidad por cirrosis están notoriamente subestimados, y adjuntar la mortalidad por psicosis alcohólica y por el síndrome de alcoholismo fetal, consideramos que la mortalidad directa e indirecta por consumo de alcohol constituye la primera o por

Tabla 1.4. Mortalidad por cirrosis hepática (por 100.000 habitantes) en México, 1930-1983.

Año	Tasa
1930	20,7
1960	22,3
1970	22,8
1980	21,7
1983	22,5

Fuente: Álvarez Amézquita *et al.*, (1960); SSA (1963, 1987).

³La tasa de mortalidad por cirrosis hepática ha permanecido casi sin cambios, pese al notable incremento del consumo de alcohol per cápita (véase más adelante). Dicho consumo, según los cálculos de Ledermann verificados en su aplicación a numerosos contextos nacionales, debiera conducir necesariamente a un incremento en las tasas de mortalidad por cirrosis hepática. Debe señalarse también que, según sea la codificación aplicada, la mortalidad por cirrosis hepática puede aparecer en un orden diferente dentro de las primeras causas. Así, el Programa Nacional de Salud 1984-1988 la ubica, en 1981, como novena causa, mientras el Anuario Estadístico de la Secretaría de Salud (1985), para el mismo año, la codifica como sexta causa. El mismo anuario (1987), considera la cirrosis como cuarta causa de mortalidad general, para 1982 y 1983 respectivamente.

lo menos la segunda causa de muerte en México para los grupos sociales en edad productiva.

Debo indicar que el sector salud no analiza el problema del alcoholismo como lo venimos presentando; de tal forma que la mortalidad por alcoholismo no aparece entre las diez, veinte, ni cincuenta primeras causas de mortalidad. La codificación oficial del fenómeno, a partir de la década de 1940 y, sobre todo, de 1950, ha tendido a negarlo o a ocultarlo, tanto a través de la clasificación por padecimientos, como por agrupamiento de enfermedades.

Correlacionado con lo anterior, debe recordarse que la tendencia a la reducción de la mortalidad, ya señalada, se manifiesta en forma diferencial a nivel de la incidencia de los padecimientos según sexo. La información indica no solo que por lo menos desde la década de 1930 la mujer presenta menores tasas de mortalidad y mayor esperanza de vida, sino que dicha brecha se profundiza. La esperanza de vida ha pasado de 36,1 años para hombres y 37,5 años en mujeres, en 1930, a 57,6 años y 60,3 años respectivamente, en 1960; y a 62,2 años y 68,3, en 1980. Es decir, la diferencia de esperanza de vida ha pasado de 1,4 años en 1930, a 6,1 años en 1980, y todo indica que tiende a incrementarse dicha diferencia. La Secretaría de Salud estima para el lapso 1980-1985 una esperanza de vida de 70,6 años para mujeres y de 64,1 para varones, es decir que espera una diferencia de 6,4 años (Tabla 1.2).

Quiero subrayar que esta tendencia en la esperanza de vida es la predominante en los países de alto y mediano desarrollo económico, ya que en la mayoría de los países donde existe un bajo desarrollo económico, donde la masa de población "campesina" es la mayoritaria, los diferenciales pueden ser favorables al varón. Más aún, considero que un análisis puntual de aquellos conjuntos poblacionales de menor nivel de vida en el medio rural evidenciaría que, en México, los diferenciales en dichos grupos son significativamente menores. Gran parte de estos diferenciales deben ser referidos a la incidencia desigual de la mortalidad por cirrosis hepática, accidentes y homicidios en mujeres y hombres. Los datos indican que la mortalidad masculina triplica a la femenina para cada una de estas causas. Esto aparece certificado desde, por lo menos, el análisis de la mortalidad urbana desarrollado por Puffer y Griffith (1968) para el lapso 1962-1964, quienes estimaron una tasa de mortalidad por alcoholismo (cirrosis + psicosis alcohólica), para el Distrito Federal de México, de 116,8 por 100.000 para varones y de 32,7 por 100.000 para mujeres, en ambos casos mayores de 15 años. Para el mismo lapso y para

los grupos de edad de 15 a 74 años, la tasa de mortalidad por violencias fue de 18 por 100.000 para varones y de 5,8 por 100.000 para mujeres⁴.

Si bien no pretendo explicar con estos “padecimientos” la mortalidad diferencial entre ambos sexos, no cabe duda de que tanto la cirrosis hepática como las violencias, constituyen algunas de las causales más determinantes de esta diferenciación por sexo. Pero estos procesos casi no han sido tomados en cuenta entre nosotros para explicar, por lo menos parcialmente, la reproducción de los sujetos a nivel general, y de género en particular, relacionada con el papel del consumo de alcohol en las diferentes esferas de la vida cotidiana⁵.

El análisis de las causas señaladas según grupos etarios permite observar que, en los diferentes grupos considerados en edad productiva, dichos padecimientos han constituido permanentemente algunas de las primeras causas de mortalidad, y que la tendencia es a incrementar su significación (Bravo Becherelle, 1959; Puffer y Griffith, 1968; SSA 1963, 1978, 1987; Secretaría de Programación y Presupuesto, 1984) (Tabla 1.5).

Si tomamos al grupo etario de 15-24 años observamos que para 1929-931, los homicidios representaban la quinta causa de muerte, y los accidentes, la séptima; para el lapso 1955-1957 los homicidios y los accidentes pasan a ser la primera y segunda causas de muerte, mientras que, para 1975, los accidentes pasan a ser la primera causa y los homicidios la tercera; mientras, las lesiones en las cuales se ignora la intencionalidad aparecen como segunda. Para 1981, las primeras cuatro causas (accidentes, homicidios, ahogamiento y caídas accidentales) tienen que ver con “violencias”, y la cirrosis hepática ya aparece como décima causa de muerte.

En el grupo de 25 a 44 años, para 1929-1931 los homicidios son la cuarta causa de muerte; accidentes, la sexta; y cirrosis, la décima. Para 1955-1957 homicidios y accidentes son primera y segunda causa y no aparece la cirrosis. Pero en 1975, los accidentes pasan a ser la primera causa, homicidios la segunda y cirrosis emerge como quinta causa. En 1981, los accidentes, los homicidios y la cirrosis hepática son las tres primeras causas de mortalidad.

Si observamos el comportamiento epidemiológico del grupo de 45 a 64 años, para 1929-1931, los accidentes aparecen como la sexta causa y los homicidios como la décima. Para 1955-1957, accidentes, homicidios y cirrosis hepática son la séptima, octava y décima causas; y, en 1975, la cirrosis hepática

⁴Para 1980, en el Instituto Mexicano del Seguro Social se estimaba que el 76% de la mortalidad por cirrosis hepática correspondía a varones.

⁵Es importante destacar que, entre nosotros, salvo contadas excepciones, dichos procesos no han sido referidos a la reproducción socioeconómica e ideológica de los grupos sociales en términos de mortalidad por causas.

Tabla 1.5. Mortalidad por algunas causas, según orden de frecuencia en personas de 15 a 64 años. México, 1929-1981.

Grupos de edad	Años	Homicidio	Accidentes	Cirrosis	Tuberculosis
15 a 24 años	1929-1931	5. ^a	7. ^a	-	3. ^a
	1955-1957	1. ^a	2. ^a	-	5. ^a
	1975	3. ^a	1. ^a	-	6. ^a
	1981	2. ^a	1. ^a	10. ^a	6. ^a
25 a 44 años	1929-1931	4. ^a	6. ^a	10. ^a	5. ^a
	1955-1957	1. ^a	2. ^a	-	6. ^a
	1975	2. ^a	1. ^a	5. ^a	7. ^a
	1981	2. ^a	1. ^a	3. ^a	6. ^a
45 a 64 años	1929-1931	10. ^a	6. ^a	-	4. ^a
	1955-1957	8. ^a	7. ^a	10. ^a	6. ^a
	1975	10. ^a	4. ^a	3. ^a	8. ^a
	1981	5. ^a	4. ^a	1. ^a	8. ^a

Fuentes: Bravo Becherelle (1959); Puffer y Griffith (1968); SSA (1975, 1976, 1978, 1985).

es la tercera, accidentes la cuarta y homicidios la décima; mientras que, en 1981, cirrosis era la primera causa y, accidentes y homicidios, la cuarta y quinta causas de muerte respectivamente.

Al analizar los datos epidemiológicos para 1982 y 1983, los cambios más significativos se observan en el avance de la cirrosis hepática que pasa a ser la novena causa de muerte para el grupo de 15 a 24 años, la tercera para el de 25 a 44 años, y la primera en el de 45 a 64 años. Debe destacarse que el homicidio pasa a ser la primera causa de muerte en los dos primeros grupos y la quinta en el de 45 a 64 años.

En los últimos años se ha documentado la mortalidad diferencial según clase social, tanto los estudios de Aldunate, de Minujin y Jiménez como de Bronfman y Tuirán han evidenciado, para México, las notables diferencias de posibilidad de muerte y de esperanza de vida según pertenencia a diferentes sectores sociales. Desgraciadamente, en estos trabajos no se analiza la mortalidad por causa, por lo cual no podemos saber qué padecimientos y con qué tasas se construyó el perfil diferencial según estratos sociales. No obstante, a través de estudios epidemiológicos y antropológicos podemos establecer algunas conclusiones al respecto.

De la información procesada por el IMSS observamos que la mortalidad por cirrosis hepática para la población asegurada pasó de ser la novena causa de muerte y de representar el 3,7% de todos los padecimientos en 1976, a ser la segunda causa de muerte y constituir el 5,7% del total de defunciones en 1986. La incidencia negativa de la mortalidad por el complejo alcohólico ha sido reconocida por estudios específicos realizados para la Comisión Federal de Electricidad (CFE) y para Petróleos Mexicanos (PEMEX), lo que condujo a la última empresa a crear un servicio de atención a alcohólicos “paralelo”, y no integrado al sistema oficial⁶. A su vez la investigación sobre morbimortalidad en hospitales ha evidenciado reiteradamente que la mortalidad por cirrosis hepática es significativamente más alta en los estratos sociales bajos (Flores Espinosa, 1965; Celis y Nava, 1970; Dajer *et al.*, 1978). Más aún, para una parte de los médicos especialistas, la cirrosis hepática constituye una mortalidad de clase.

Aun cuando solo está referida a la Ciudad de México y al año 1978, en el estudio de Leal-Guerrero *et al.* (1985), se demuestra una significativa diferencia en la mortalidad por estratos sociales. Se reconocen cuatro estratos: en el estrato I —el más alto— la tasa de mortalidad por todas las causas es de 3,90 por mil, en el estrato II es de 5,69 por mil, en el III es de 7,29 por mil y en el IV de 8,12 por mil. Al analizar la mortalidad por causas se observa que la cirrosis hepática constituye la segunda causa de mortalidad con una tasa de 79,62 casos por 100.000; los accidentes, la cuarta causa con una tasa de 62,5 por 100.000; y los homicidios, la sexta, con una tasa de 19,3 por 100.000. Pero analizando la información en forma desagregada, se encuentra que son los estratos más bajos (III y IV) los que tienen las tasas más altas de mortalidad por cirrosis hepática y por accidentes, por lo que Leal-Guerrero *et al.* (1985) concluyen que:

En la mortalidad por causas, las mayores diferencias fueron por cirrosis hepática, dado que es 6,33 veces mayor en el estrato III (obremos y trabajadores agrícolas fundamentalmente), que en el estrato I. Entre los mismos grupos se encontró una razón entre las tasas de 4,27 en homicidios; [...] 3,16 en accidentes. La cirrosis hepática provocó el 30,5% de las defunciones del estrato III y solo el 9,58 en el estrato I. (Leal-Guerrero *et al.* 1985, p. 313)

⁶Los estudios sobre estas dos empresas no han sido publicados, y de ello nos informaron funcionarios de las mismas. Concurrí al servicio de PEMEX, y este funciona en un local que no tiene ninguna formal vinculación con los servicios médicos ni sociales de esta institución, pese a que, según nuestros informantes, el alcoholismo sería la principal causa de ausentismo en dichas empresas.

Si bien no contamos con investigaciones para el medio rural como la de Leal-Guerrero *et al.* (1985) o la de Puffer y Griffith (1968) para el medio urbano, sí tenemos investigaciones de tipo antropológico que proveen información epidemiológica y permiten observar los altos índices de alcoholismo que inciden por lo menos en algunos contextos rurales (Fromm y Maccoby, 1973; Maccoby, 1965; De Walt, 1979; Romanucci-Ross, 1973). Contamos, además, con trabajos etnográficos que describen la asociación constante entre homicidio y alcohol en comunidades rurales (Flanet, 1977) y, en algunos casos, dichos trabajos antropológicos presentan información cuantitativa (Favre, 1964; Romanucci-Ross, 1973) que permite precisar más la asociación entre estos dos procesos.

La condición rural o urbana no conduce, a nuestro entender, a determinar en sí niveles diferenciales de mortalidad por cirrosis hepática o por homicidio, aun cuando sí afecta diferencialmente la causalidad por accidentes. Determinadas orientaciones ideológicas, sin fundamento empírico ni teórico, han pretendido que la urbanización y proletarización generan una mayor alcoholización, pero no contamos para México con datos que lo verifiquen⁷. Por el contrario, una parte de las investigaciones antropológicas ya citadas ha evidenciado la importancia del fenómeno para áreas rurales, dado que encontraron que entre un 34% y un 36% de los varones en edad productiva de esas comunidades rurales eran bebedores excesivos o alcohólicos. A su vez, el estudio socioantropológico de Latorre y Latorre (1976) sobre los kikapoo concluyó que un 29% de la población podía calificarse con problemas de alcoholismo.

Además, para el medio rural contamos actualmente con la información obtenida y codificada por el programa IMSS-COPLAMAR para los años 1981 y 1986, la cual confirma que el alcoholismo y, en particular, la cirrosis hepática, constituyen serios problemas de salud para la población rural en edad productiva. Este segundo informe, adhiriendo a las conclusiones del primer informe general de dicho programa, plantea que este tiene un valor incalculable "...debido al esfuerzo que por primera vez se ha realizado para subsanar una de las deficiencias existentes en el campo de la información sanitaria en nuestro país: la certificación limitada e incompleta de las defunciones

⁷Las tasas más altas se han dado en el medio urbano, pero dicha información en el caso de la cirrosis hepática debe ser referida no solo a los medios para captar una mayor información, sino a los que posibiliten también su verificación (análisis anatómopatológico). La relevancia de estas condiciones se evidencia cuando comparamos la información para Yucatán y Chiapas, ya que la mayor tasa en la primera debe ser relacionada con el hecho de que esta entidad ha tenido uno de los más desarrollados y complejos servicios de salud a nivel nacional (Menéndez, 1981). La tasa de mortalidad por cirrosis hepática yucateca ha estado, desde que contamos con información, entre las más altas del país.

que acontecen” (IMSS, COPLAMAR, 1984, p. 108). En este sentido, el “vacío” previo permitía fantasear sobre la inexistencia de alcoholismo y cirrosis hepática en el medio rural y, especialmente, en los grupos étnicos.

Si bien el proceso de descentralización operado en el aparato médico-sanitario afectó negativamente el desarrollo de este programa desde mediados de la década de 1980, no cabe duda de que los datos presentados nos proveen la información más confiable obtenida hasta ahora para el ámbito rural. Estos datos permiten comprobar que, para 1981, la cirrosis hepática era la décima causa de mortalidad en los hospitales rurales, constituía el 1,9% del total de muertes hospitalarias y la quinta causa de muerte a nivel comunitario, y conformaba el 3,5% del total de muertes. Pero es oportuno señalar que, a nivel hospitalario, la cirrosis hepática era la segunda causa de muerte para el grupo de 25 a 44 años, la primera para el de 45 a 64 años, y provocaba el 9,8% y el 10,2% respectivamente de las muertes totales en cada uno de esos grupos de edad. A nivel comunitario, era también la segunda causa para el primer grupo y la primera para el de 45 a 64 años, lo que significaba el 10% y el 9,8% del total de muertes respectivamente (Natera, 1987)⁸.

Toda una serie de datos verifican entonces la notable incidencia del alcoholismo en el perfil epidemiológico dominante en México, sobre todo en la denominada “edad productiva”. La casi totalidad de los más importantes gastroenterólogos mexicanos ha señalado reiteradamente esta incidencia diferencial. Pero, además, los datos estadísticos del propio IMSS y de la SSA lo venían señalando, ya que la cirrosis hepática constituía la tercera causa de mortalidad en el Hospital General de México, de la SSA, agregando que el 10% de las 2.120 autopsias realizadas en el centro médico del IMSS correspondían a mortalidad por cirrosis hepática. Desde por lo menos la década de 1960, la mortalidad por este padecimiento constituye la primera causa de muerte en los Servicios de Enfermedades del Aparato Digestivo del IMSS, conformando desde entonces más del 50% del total de muertes que ocurren en los derechohabientes de este servicio.

Esta evidente relación entre proceso de alcoholización, vida de los trabajadores y mortalidad, ha sido señalada en forma intermitente, aunque no analizada y menos aún tratada con prioridad por el sector salud. Así, Campillo y Medina Mora (1978) informan que, en la Ciudad de México, el 18% de los accidentes de trabajo ocurrió cuando los involucrados estaban bajo los efectos del alcohol. Otros estudios realizados en el IMSS a fines de 1960

⁸Dadas las consecuencias del proceso de descentralización, los valores obtenidos para 1986 (IMSS-COPLAMAR, 1988) no son comparables, tanto por la reducción del universo como por la disminución de las coberturas reales.

comprobaron que el ausentismo laboral por consumo de alcohol entre los derechohabientes de dicha institución suponía la pérdida de 160.000 horas de trabajo en un lapso de 15 días. Según Múzquiz (1980), la internación de cada derechohabiente alcohólico fue de dos meses y medio como promedio, o sea 625 horas de trabajo perdidas. Un informe interno realizado para Petróleos Mexicanos (PEMEX) estima que, en esta empresa, hay un alcohólico por cada 63 trabajadores, y que los días lunes falta el 12% de la fuerza laboral. Datos del IMSS indican que los accidentes laborales aumentan de uno a tres los lunes y los días laborables luego de feriados. Estos son los días, por otra parte, en los que se incrementa el ausentismo. Según datos del Departamento de Salud Mental del Hospital 20 de Noviembre (ISSSTE), en esta institución hay un sujeto alcohólico por cada 50 personas⁹.

El alcoholismo constituiría la principal causa de ausentismo en derechohabientes del IMSS; más aún, aparece como un problema grave en algunas de las principales empresas estatales mexicanas, como la Comisión Federal de Electricidad, Teléfonos de México y PEMEX. Hay una estimación de que las empresas privadas perderían alrededor de 11.000 horas diarias de trabajo en el Distrito Federal por causa del consumo del alcohol.

Diversas autoridades e instituciones —Instituto Nacional del Consumidor (1982), Dirección de Servicios Médicos de la UNAM (1980), CEMEF (1972), Programa contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas (SSA, 1986)— tienden a dar valores similares en cuanto a la incidencia del alcoholismo en la esfera laboral y empresarial. Se dice que entre el 14% y el 15% de la fuerza de trabajo está afectada por el alcoholismo, que el 75% de los alcoholizados está en edad productiva, que el 12% del ausentismo laboral es debido al alcoholismo, que el ausentismo por consumo de alcohol representa el 9% del total de las jornadas anuales de trabajo¹⁰.

El uso y consumo de alcohol interviene negativamente en toda una serie de procesos, constituye un factor importante en procesos de explotación y subordinación económica y cultural, así como de género, y sigue siendo utilizado como medio de clientelismo político. Además, necesitamos incluir dos procesos que expresan la incidencia del uso del alcohol en la creciente violencia que opera en la vida cotidiana. El alcohol, en numerosos contextos,

⁹La mayoría de estos datos son estimaciones, producto de estudios no publicados y transmitidos en gran medida por tradición oral, sin referencias a las fuentes originarias, y que fueron obtenidos a través de entrevistas.

¹⁰Siempre me ha sido difícil entender cómo los especialistas en problemas “obreros” no han considerado la función del alcohol en la estructuración autónoma e interclasista del movimiento obrero, máxime cuando ha sido puesta de relevancia sobre todo por la historia social y cultural en países como Inglaterra, Francia o EEUU.

constituye el instrumento “privilegiado” mediante el cual el varón ejerce violencia física contra la (su) mujer y los (sus) hijos. Respecto de esta problemática, solo contamos con algunos datos cualitativos generados por la investigación antropológica y, últimamente, por los movimientos feministas, con muy escasa información estadística. Pero cabe subrayar un aspecto importante que no relatan los textos feministas latinoamericanos, y me refiero al hecho de que más del 90% de los homicidios realizados por varones alcoholizados o no, son contra otros varones, y solo el 6% es de varones contra mujeres.

Relacionado en parte con lo anterior, dado que tiene que ver con violencias económicas y psicológicas, debe considerarse la incidencia del consumo de alcohol en la estructura global del gasto familiar y, en particular, en lo referente a alimentación. También carecemos de información sobre estos aspectos, tanto en el caso de las investigaciones socioeconómicas sobre la estructura del gasto, como en el caso de los biomédicos sobre problemas nutricionales.

Políticas del sector salud en México respecto del proceso de alcoholización: datos introductorios

Planteada la gravedad y extensión del problema, partimos del supuesto de que debieran operar toda una serie de instituciones y fuerzas sociales para intentar controlar, limitar y, de ser posible, abatir dicho problema. En principio, y dado que el alcoholismo fue reconocido como uno de los principales problemas de salud de México desde la segunda mitad del siglo XIX, podemos “pensar” que existirían actividades antialcohólicas desarrolladas no solo por el aparato médico-sanitario oficial y privado, sino también por otras instituciones educacionales, deportivas y ocupacionales que tienen que ver con las consecuencias del alcoholismo. Además, pensamos en la existencia de grupos sociales (grupos ocupacionales, grupos vecinales, grupos de pares, etc.) así como asociaciones de personas alcohólicas, que necesitan actuar para atender y solucionar los daños generados por el consumo de alcohol.

Pero del análisis de las políticas llevadas cabo, entre 1880 y 1988, por el sector salud respecto de las industrias de la salud y de la enfermedad que tienen que ver con los usos del alcohol¹¹ (Menéndez, 1988), surge que dicho

¹¹Por “industria de la salud” se entiende aquella producción referida directamente a proveer materiales para las actividades curativas y preventivas (medicamentos, equipo médico-quirúrgico, equipo de laboratorio, etc.) y por “industria de la enfermedad” se entiende aquella

sector solo ha realizado escasas y discontinuas actividades específicas, incluida una limitada y frecuentemente inexistente oferta de servicios especializados. Debe ponderarse con toda la profundidad necesaria que, para uno de los problemas que objetivamente aparece como prioritario, solo a partir de 1986 se establece un programa de salud específico; lo cual contrasta con la existencia, desde hace años, de programas para problemas de mucha menor envergadura que el que estamos analizando.

Esquemmatizando la trayectoria de las políticas del sector salud respecto del alcoholismo podemos concluir lo siguiente:

- a) No se han hecho inversiones específicas a nivel de población “abierta” —es decir sin seguridad social— ni a nivel de población asegurada.
- b) Hasta 1986 no solo no existía programa alguno por parte del sector salud en un nivel general, sino que las instituciones de seguridad no desarrollaban ningún programa especial al respecto, salvo el IMSS durante breves lapsos en las décadas de 1970 y 1980.
- c) La oferta de servicios oficiales no solo ha sido reducida, sino discontinua, y se refleja en la baja inversión en recursos materiales y humanos.
- d) No existe oferta de servicios médicos específicos privados fuera del medio urbano; pero, además, la oferta de servicios por parte de la práctica médica privada ha sido y sigue siendo mínima. No existen instituciones privadas antialcohólicas en la mayoría de los estados, tanto a nivel urbano como rural, salvo para las desintoxicaciones.
- e) Las estrategias de atención biomédica, aun siendo escasas, han sido las dominantes respecto de las estrategias preventivas. Solo a partir de la década de 1980 se aplican algunas estrategias preventivas reales que, por otra parte, radican la prevención en los sujetos y no en los sectores sociales que impulsan la producción alcohólica.
- f) La mayoría de la población atendida lo hace a causa de cirrosis hepática, recordando que los cirróticos llegan a los servicios en fase media y, sobre todo, terminal¹².

producción que directa o indirectamente constituye una de las principales causales de determinados padecimientos (industria del tabaco, industria alcohólica, determinada industria de alimentos, etc.). Y ambas se caracterizan por la tendencia a construir nuevos padecimientos.

¹²Constituye un importante indicador de la relación oferta-demanda de servicios respecto de la cirrosis hepática, el hecho de que en la relación de principales causas de morbilidad (ya sea esta lista referida a las 10, 20 o 50 primeras causas de enfermedad), la cirrosis no aparece codificada. Incluso en el IMSS, donde actualmente representa la segunda causa de mortalidad, no aparece en las 50 causas de consulta, y sí en la morbilidad hospitalaria como expresión de una demanda solicitada en fase media o terminal. Así, la cirrosis hepática, para 1983, constituye la séptima causa de morbilidad hospitalaria en el grupo de 45-64 años y la primera en el grupo

- g) No hay detección oportuna de cirrosis hepática ni de “alcohólicos” y, si la hubiera, la masa de población saturaría los servicios. La detección de cirróticos evidencia, sobre todo en población abierta, las limitaciones o la inexistencia de oferta de servicio específicos;
- h) Los grupos de atención-prevención denominados “alternativos” y complementarios, no solo no tienen desarrollada una oferta específica, sino que en su mayoría no se han planteado el problema. No obstante, en el caso de la mayoría de los grupos étnicos, una parte del alcoholismo, sobre todo del varón, es atribuido a brujerías, las cuales pueden ser “deshechas”, pero únicamente por brujos.
- i) Las estrategias populares radicadas en el grupo doméstico han evidenciado su reiterada ineficacia sobre este problema, salvo la referida a los grupos Al-Anon. Sin embargo, se ha extendido una estrategia denominada “juramento a la virgen” que tiene cierto nivel de eficacia.
- j) El recurso de mayor desarrollo y, para algunos contextos, casi el único con cobertura tanto rural como urbana es el de Alcohólicos Anónimos. En los medios urbanos se han expandido los denominados anexos, donde generalmente los alcohólicos son “internados” por sus familias.

Quiero destacar que las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE) obtienen el mayor financiamiento en salud y seguridad social, y pese a que el IMSS evidencia un creciente problema de mortalidad por cirrosis hepática y también por alcoholismo, sin embargo, estas instituciones solo han desarrollado inversiones y actividades programadas de forma esporádica y discontinua respecto del alcoholismo y del complejo alcohólico¹³.

Aunque nos hemos concentrado en el caso de la cirrosis hepática, debe quedar claramente explícito que el aparato médico-sanitario, incluidos los organismos de seguridad social, no ha tenido políticas reales y eficaces respecto de este problema, pero tampoco respecto de homicidios y de accidentes en la vía pública, es decir, no han desarrollado políticas públicas respecto de las “violencias”, por lo menos en su relación con el consumo de alcohol.

de 65 años y más. Esto es aún más relevante cuando observamos que la mortalidad por cirrosis, para 1983, constituye la segunda causa de muerte en cuatro unidades hospitalarias ubicadas en el Distrito Federal, Guadalajara, Monterrey y Puebla, así como la primera causa de letalidad (González *et al.* 1986).

¹³Un factor decisivo en la detección y tratamiento de problemas relacionados con el “complejo alcohólico” es el que establece al “alcoholismo” como causa de despido laboral. La legislación laboral contradice la posibilidad de reconocer realmente como “enfermedad” al alcoholismo desde la situación de las instituciones de seguridad social.

La oferta de servicios médicos suele, al menos parcialmente, construir la demanda, lo cual se verifica consistentemente en el caso de pediatras, ginecólogos, cancerólogos y más recientemente de geriatras y tanatólogos; quienes, a partir de recortar una problemática objetiva, han construido una demanda especializada, desplazando a otros curadores biomédicos y tradicionales. Subrayamos que dicha construcción, por lo menos inicialmente, se basaba en problemas realmente existentes pero que, sin embargo, implicaba no solo que la población los viviera como problemas de salud, sino que se la convenciera de que son los médicos los que pueden solucionar esos problemas de salud.

Però respecto de la alcoholización, la oferta médica hasta ahora no ha contribuido a construir una demanda a nivel oficial ni privado; la mayor demanda es para la desintoxicación, la cual opera en servicios de urgencia oficiales y privados, como parte del primer nivel de atención. Según nuestros propios estudios, la demanda es ejercida más por los familiares, sobre todo por la mujer del alcoholizado, que por el propio involucrado, lo que en parte se refleja en el hecho de que los cirróticos llegan a los servicios en fase media o terminal, lo que en el caso del “alcohólico crónico” es todavía más significativo.

Y esta escasa oferta, pero también poca demanda de servicios específicos, contrasta con el hecho, ya señalado, del reconocimiento médico de la gravedad del alcoholismo, ya que entre 1860 y 1910 tanto a nivel de países europeos como de México, los médicos consideraron que el alcoholismo era la principal causa de las violencias y especialmente de homicidios, y que el heredo-alcoholismo era una especie de “madre” de gran parte de las enfermedades. Y este reconocimiento no se da solo a nivel profesional, sino que también se da tempranamente a nivel de organizaciones obreras; que incluso operan en medios rurales, como es el caso de las ligas agrarias yucatecas que en las décadas de 1910 y 1920 denunciaron el incremento del alcoholismo. Cabe subrayar que, durante el siglo XX, y a nivel del movimiento obrero, contamos con señalamientos críticos del alcoholismo e, incluso, con acciones dirigidas —aunque ineficaces— a los sectores mineros, cañeros y textiles. La casi totalidad de las organizaciones obreras nacionales han reiterado sus denuncias, y en los últimos años ha sido el Congreso del Trabajo el que, recurrentemente, lo ha planteado como un grave problema social y de salud del sector obrero, pero asumiendo que estas constantes denuncias son parte de una retórica obrera antialcohólica, que poco tiene que ver con las prácticas sociales sindicales y no sindicales.

En el caso de sectores “marginales” urbanos también ha sido reconocido como un grave problema, como lo hemos podido observar directamente en la Comarca Lagunera de México, donde se desarrollaron acciones que

también se caracterizan por su discontinuidad y baja eficacia. A nivel de conjuntos sociales, sobre todo grupos femeninos han reconocido, denunciado y demandado la solución de esta problemática, generando actividades también discontinuas, y que carecieron de apoyo masculino en términos reales.

De lo narrado hasta aquí, surge que el alcoholismo de los varones en edad productiva de los diferentes conjuntos sociales subalternos, plantea un problema particular que trasciende la relación oferta-demanda de servicios y nos introduce en otros tipos de problemáticas, que deben ser necesariamente discutidas para entender sus relaciones con la mortalidad y no solamente por alcoholismo. Ya hemos señalado que son estos sectores los que tienen las más altas tasas de mortalidad por alcoholismo y el complejo alcohólico; pero son también los que tienen las más altas tasas de mortalidad por enfermedades crónico-degenerativas y por violencias, lo que determina una esperanza de vida menor que la de la mujer, incluso de su propia clase social. Como sabemos, en otros contextos esta incidencia ha tratado de ser explicada articulando las condiciones estresantes dominantes, tanto en el medio laboral como en la vida cotidiana del varón. Aceptemos o no esta interpretación, lo que sigue sin explicación es la inexistencia de acciones organizadas por parte de los trabajadores para dar solución a las causas que más inciden en su mortalidad temprana.

Ahora bien, esta escasa o inexistente demanda no solo de servicios de salud, sino de solución del problema del alcoholismo a nivel individual, grupal o por estratos sociales, no debe ser pensada exclusivamente respecto de esta problemática, sino que se debe reconocer que la organización y movilización de los conjuntos sociales subalternos en México, se realizan para encontrar solución a problemas que ellos consideran prioritarios como son la desocupación, el bajo salario, el hambre o la vivienda, pero no las enfermedades y menos el alcoholismo. Porque, además, como veremos más adelante, el consumo de alcohol tiene un papel contradictorio, ya que junto con las consecuencias negativas, el alcohol cumple numerosas funciones positivas para los sujetos y grupos sociales.

Por último, es importante consignar que el aparato médico-sanitario en México se ha caracterizado por la importancia dada a las actividades asistenciales en detrimento de las preventivas. Así observamos que para el lapso 1978-1986 las inversiones en actividades preventivas constituyeron el 6% del total de acciones biomédicas, lo cual, sumado al 1% dedicado a capacitación, solo representa un 7%. El 70% fue invertido directamente en asistencia médica, al cual debe sumarse lo invertido en capacitación de recursos humanos y en investigación, que son casi exclusivamente dedicados a la curación, y que da un total de un 77% (Soberón 1987, p. 172). En el caso del alcoholismo, esta

orientación del aparato médico-sanitario debe ser relacionada con la ineficiencia de las actividades médicas respecto de, por lo menos, una parte sustantiva de los padecimientos del complejo alcohólico.

Esta primera revisión del problema a nivel de morbimortalidad y servicios médicos de atención-prevención, no solo confirman los interrogantes planteados previamente, sino que diversifican algunos de estos. Así, en el caso de la biomedicina, nos seguimos planteando ¿por qué el aparato médico-sanitario no elaboró sino hasta 1986 un programa específico contra uno de los más constantes, graves y prioritarios problemas de salud?, ¿por qué las actividades del sector salud se han caracterizado por la falta de servicios asistenciales específicos, pero también por el escaso desarrollo de estrategias preventivas?

Si bien no hemos presentado la mayoría de la información sobre los problemas planteados, no obstante, voy a tratar de dar respuestas provisionales a dichos interrogantes. Aun con el riesgo de ser demasiado esquemática, la respuesta al primer interrogante biomédico y, en parte, al segundo, debe ser referida a dos dimensiones: una, de tipo técnico, relacionada con la escasa eficacia curativa y preventiva que ha evidenciado la biomedicina a través de toda su trayectoria respecto de las principales consecuencias de los usos del alcohol; y, otra, que plantea que el consumo de alcohol se caracteriza por ser una actividad normalizada de la vida cotidiana de los sujetos y grupos de determinadas sociedades, incluido el propio personal de salud que, por lo tanto, no lo ve como problema sino en sus fases avanzada y terminal.

Pero, además, en el caso de la prevención, necesitamos incluir el papel de la industria alcoholera, ya que los diferentes indicadores de dicha producción para México, evidencian que se han incrementado los volúmenes de producción y consumo, y que dicho crecimiento se acentúa, sobre todo, a partir de la década de 1960. Así, observamos que ha aumentado la superficie cultivada y los rendimientos por hectárea de todos los cultivos alcohólicos, salvo el del maguey pulquero; y se ha incrementado también el número de establecimientos y de trabajadores rurales, industriales y de los que operan en la comercialización de la producción alcoholera; lo que ha conducido al aumento del número de expendios de alcohol per cápita. Como expresión de lo señalado, observamos que el consumo de cerveza per cápita ha pasado de 33 litros en 1950 a 68 litros en 1979, y que el de brandis pasó de 0.08 litros per cápita en mayores de quince años, para 1950 a 3,45 litros en 1980; mientras el alcohol potable —que también se consume como bebida

Tabla 1.6. Consumo per cápita de bebidas alcohólicas en mayores de quince años. México, 1950, 1970, 1979-1980.

Bebida alcohólica	1950 (litros)	1970 (litros)	1979-1980 (litros)
Cerveza	33,0	-	68,0
Vinos de mesa	-	0,16	0,54
Vinos generosos	-	0,11	0,17
Brandis	0,08	1,29	3,45
Conjunto de destilados	1,55	1,72	-
Pulque	14,0	9,0	5,0

Fuente: Loyola Montemayor (1965); Bustamante (1974); *Excelsior* (1979, 1980); Nacional Financiera (1972, 1981, 1985, 1986); Secretaría de Programación y Presupuesto (1981).

alcohólica— pasó de 0,61 litros en 1970 a 0,84 en 1980 a nivel de población global¹⁴ (Tabla 1.6).

Ahora bien, en todo este proceso deben ser incluidas las políticas gubernamentales, que son las que determinan los recursos con que contará el sector salud para encarar los diferentes problemas de salud, y que pueden o no favorecer el reconocimiento de problemas específicos, así como establecer programas puntuales al respecto. Y así, por ejemplo, en la década de 1980, los sucesivos gobiernos mexicanos impusieron un notable desfinanciamiento al aparato médico-sanitario, ya que, por ejemplo, entre 1982 y 1986 el gasto real del sector disminuyó en un 47,1%, y la inversión en salud y seguridad social a precios constantes pasó de 15.530 millones de pesos en 1970 a 8.000 millones de pesos en 1986 (Soberón, 1987).

Esto no deja de ser paradójico, ya que este notable desfinanciamiento se da durante el periodo en que, por primera vez, el Estado mexicano establece el Programa contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas (SSA, 1986), pese a la fuerte reducción de recursos. Pero, además, esta

¹⁴Se estima que alrededor del 60% del alcohol de 96° se utiliza como bebida alcohólica. En la década de 1980 se ha dicho que algunos productos alcohólicos han reducido su producción. Al respecto debe señalarse que estas oscilaciones deben ser consideradas meramente coyunturales y que un análisis planteado exclusivamente en la historia reciente no permite observar lo que se ha constatado en forma reiterada: la tendencia al continuo aumento de la producción y consumo de alcohol. Esto lo hemos verificado en México, que durante 1880-1987 ha habido lapsos de decremento en términos de algunos productos o en términos globales, pero ello no impide reconocer que, a largo plazo, la tendencia ha sido al continuo incremento. Las situaciones coyunturales respecto del alcohol pueden dar una imagen incorrecta si no se las analiza respecto de la larga duración histórica.

desfinanciación debe ser relacionada con el desarrollo de una industria alcoholera nacional que, si bien redujo comparativamente su volumen de producción durante algunos años de esa década, siguió siendo una de las industrias más dinámicas que, a nivel de difusión y disponibilidad, era la de mayor inversión y, tal vez, eficiencia.

En consecuencia, las actividades del sector salud durante la década de 1980 deben ser analizadas desde varias perspectivas, que incluyen sus propias limitaciones curativo-preventivas, su subordinación a la industria alcoholera, la funcionalidad sociocultural cumplida por el uso y consumo de alcohol, y el fuerte desfinanciamiento de dicho sector. Pero estas perspectivas deben ser referidas a la estructura y funciones de un modelo médico que, en gran medida determina las limitaciones del sector salud.

Capítulo 2

Antropología del alcoholismo: una larga y discontinuada historia

La introducción de bebidas alcohólicas destiladas y la derogación de las antiguas reglas, tuvieron un efecto desmoralizador en la población indígena. Más aún, los españoles pronto reconocieron y utilizaron el alcohol conflictivamente como instrumento imperialista [...] El alcohol era una de las pocas cosas que los españoles tenían y los indígenas deseaban vehementemente, y por lo cual contraerían deudas y se venderían como esclavos junto con sus hijos... Aún hoy, con frecuencia, el aguardiente es la mayor y a veces la única necesidad que los indígenas compran fuera de su mercado autónomo. Representa el renglón más elevado de sus gastos ceremoniales. (Bunzel, 1940)

Planteada la problemática del alcoholismo en términos generales y, en particular, en relación con el saber biomédico, vamos a tratar de sintetizar aquellos aportes antropológicos que consideramos estratégicos para la explicación de las interrogantes formuladas en la introducción.

Desde una perspectiva general, podemos considerar tres corrientes de aportes empíricos y teóricos por parte de la antropología del alcoholismo. En primer lugar, los trabajos que a partir de la década de 1930 inician la discusión sobre la relación normalidad-anormalidad y que establecen los primeros aportes sustantivos a una crítica de las concepciones patologizantes de la realidad, incluida las de los saberes biomédicos. Esta corriente se desarrolla en las décadas de 1950 y 1960 a través de varias tendencias y, especialmente, a través de las denominadas teorías de la desviación, incluida la teoría crítica de la desviación. Una segunda corriente la constituyen los estudios sociológicos y antropológicos sobre las instituciones médicas, que incluye la relación médico-paciente, los curadores “populares” y, en particular, las investigaciones de unidades hospitalarias. Estos trabajos contribuyeron a

proponer un modelo de análisis de las prácticas “curativas” referido a las funciones reales que estas cumplieran más allá de la intencionalidad asistencial explícita de dichas instituciones. Y, por último, tenemos la producción antropológica específica sobre “alcoholización”, que se constituyó en cierta manera en un campo de especialización al interior de la producción antropológica. Así, para el proceso de “alcoholización” referido a grupos indígenas en Latinoamérica, y en México en particular, existe una notable masa de material nacional y extranjero; sin embargo, respecto de las dos primeras corrientes de trabajos es muy escaso el material empírico y teórico para nuestros países, salvo en lo referente a “curadores populares” y, en menor medida, respecto de la “relación médico-paciente”.

Dadas las orientaciones señaladas, pero sobre todo en función de nuestros objetivos, nos concentraremos en la presentación y análisis de la producción antropológica del alcoholismo, la que constituye una de las más tempranas especializaciones de lo que luego se denominará antropología médica pues, a partir de la década de 1930 y sobre todo de la de 1940, contamos con una notable masa de investigación antropológica, que incluso va a dar lugar al más temprano trabajo de análisis intercultural, el de Horton (1943), respecto de los procesos de *s/e/a-p*.

Esta antropología del alcoholismo puede ser revisada a través de una doble trayectoria complementaria: la generada, en particular, por la antropología mexicana, y la gestada por la antropología estadounidense. Pese a las diferencias y convergencias que existen entre ambas, lo que caracteriza a esta producción antropológica, sobre todo en comparación con la biomédica, es que se preocupa secundariamente por las consecuencias negativas y coloca el acento en las funciones económicas, sociales y sobre todo culturales cumplidas por el uso y consumo de alcohol en el proceso de alcoholización. Es justamente este énfasis el que no solo plantea desde el inicio una aproximación no patológica ni patologizante, sino que ubica a las consecuencias negativas y no negativas dentro del sistema social en el cual ocurren, colocando el peso en la estructuración cultural del alcohol, y no en sus consecuencias en la salud de los sujetos. Otro eje corresponde a la importancia dada a las representaciones y prácticas socioculturales que los conjuntos sociales construyen respecto del alcoholismo, dada la significación que tiene para ellos. Y la última característica refiere al desarrollo de investigaciones en las que se trabaja directamente con los sujetos, los grupos y la comunidad en forma personalizada, para obtener no solo a través de entrevistas, sino de observación participante los saberes populares sobre el alcohol y el alcoholismo.

De esta producción surgen orientaciones interpretativas que se oponen o, por lo menos, cuestionan las desarrolladas por la biomedicina, e induce

a indagar determinadas áreas de la estructura social y cultural; subrayando que estas orientaciones, pese a los sesgos que presentan, posibilitan el análisis del alcoholismo en términos de “alcoholización” y no solo de “alcoholismo”. Aclaro que lo sostenido no niega las consecuencias negativas del alcoholismo, sino que no las reduce a ellas.

La “nueva” perspectiva socioantropológica: hacia un enfoque teórico unificado

Desde una perspectiva unilateralmente académica puede afirmarse que entre finales de 1930 y principios de 1940 se organiza un nuevo interés y una nueva perspectiva de investigación sobre la problemática del alcoholismo que, si bien partió de instituciones biomédicas, se caracteriza por proponer la colaboración interdisciplinaria con las ciencias antropológicas y sociales. Esta nueva perspectiva se gesta en EEUU y su desarrollo obedece, por un lado, al fracaso de las políticas prohibicionistas antialcohólicas y, por otro, a las limitaciones del saber médico respecto de un problema que se sigue incrementando. Durante la década de 1930 se crea en EEUU el Consejo de Investigaciones sobre Problemas de Alcoholismo, pero también comienza a funcionar lo que luego sería la principal institución de autoayuda para los alcohólicos, es decir Alcohólicos Anónimos, que fue creada, organizada y sostenida por los propios “enfermos”.

Desde la trayectoria biomédica, es necesario señalar que una de las figuras promotoras de la investigación sobre el alcoholismo fue Derrick Jelliffe, quien era uno de los más destacados nutriólogos estadounidenses, y que según Keller:

...emprendió una ambiciosa y provechosa investigación acerca de las enfermedades de los miles de pacientes alcohólicos que ingresaban cada año al hospital Bellevue de New York... Pero a medida que Jelliffe y sus colaboradores ayudaban a revelar la naturaleza nutricional de muchas de las llamadas enfermedades alcohólicas, se dio cuenta de que la enfermedad principal de sus pacientes era el alcoholismo, es decir, la incapacidad para resistir la tendencia a beber y su incapacidad para controlar la ingestión de bebida. (Keller, 1966, p. 11)

Los médicos Jelliffe, Jellinek y posteriormente Keller iniciaron una revisión de los conocimientos existentes sobre alcoholismo y propusieron una amplia investigación interdisciplinaria cuyo eje de interés teórico era biomédico.

Más tarde, y bajo la dirección de Jellinek, se creó el Centro de Estudios sobre Alcohol en la Universidad de Yale, lo que tuvo importancia para la ulterior participación de la antropología. Esto no solo ocurrió por la existencia de un Departamento de Sociología orientado por Summers, cuyo marco teórico daba especial importancia a lo que los antropólogos llaman *cultura*, sino también porque sería en Yale donde Murdock creó el corpus de materiales etnográficos que dio lugar a las investigaciones de tipo intercultural, y de las cuales los estudios sobre alcoholismo fueron los primeros (Horton, 1943) y más frecuentes (Field, 1962; Bacon *et al.*, 1965; Schaefer, 1976).

Si bien el Centro de Estudios sobre el Alcohol propuso una revisión del problema con enfoque interdisciplinario, la orientación dominante sigue siendo médica. El alcoholismo es definido como enfermedad tanto por Jellinek como por Keller y, aunque en sus definiciones, sobre todo en la de Keller, los componentes sociales y culturales son tomados en cuenta, el eje de la definición y del interés fue el alcoholismo como proceso patológico.

A principios de la década de 1940, Jellinek solicitó al sociólogo Selden Bacon (1943) un trabajo que planteara las líneas básicas de investigación sociológica sobre el alcoholismo, como complemento al trabajo realizado por el propio Jellinek respecto de la producción biomédica y psiquiátrica. Cuando Bacon escribió este trabajo no existían en sociología, pero tampoco en antropología —salvo el estudio de Bunzel—, investigaciones socioantropológicas que focalizaran el problema del alcoholismo. La producción antropológica respecto del alcoholismo era marginal y la sociológica solo se preocupaba por las consecuencias del alcohol en la criminalidad, la prostitución y en procesos delictivos. Justamente el punto de partida de esta revisión fue una crítica de los enfoques previos en sociología, ya que su perspectiva, al igual que la médica, se centraba en lo patológico. Según Bacon esta perspectiva era apropiada para la psicología o la psiquiatría, pero no para los científicos sociales, por lo que este autor propone que el consumo de alcohol sea estudiado como un proceso social normal dentro de la vida de los grupos sociales (Levine, 1981).

Si bien la propuesta de Bacon no cambió la orientación patologizante del enfoque médico y del sociológico, no cabe duda de que este trabajo junto con otros, sobre todo los antropológicos, iban a influir para que dentro de la concepción medicalizadora dominante se fuera tomando en cuenta la influencia de las condiciones culturales y sociales, aunque sin modificar sustantivamente el dominio del enfoque patologizante. Esta influencia puede detectarse incluso en la tipología de alcohólicos propuesta por Jellinek, la que en parte fue construida a partir de indicadores culturales; así como también en la labor promotora de autores como Chafetz (NIAAA, 1972) quien, en la década de 1960 impulsaría la investigación y utilización de factores socioculturales

respecto del alcoholismo. No obstante, los enfoques dominantes en medicina, psiquiatría y sociología seguirían focalizando las consecuencias negativas de la ingestión alcohólica, mientras la producción antropológica se centraba en la funcionalidad cultural del alcohol¹.

Es por ello relevante observar que, a partir de la década de 1940, y en un relativo corto plazo, se produjeron notables aportaciones a la antropología del alcoholismo. El primer trabajo significativo fue el de Ruth Bunzel sobre las comunidades Chamula y Chichicastenango localizadas respectivamente en México y Guatemala, y que fue publicado en 1940. En 1943 se publicaron los trabajos de Horton y de Bacon; en 1945 apareció un segundo trabajo teórico de este último. Entre 1945 y 1960 se publicaron los trabajos de investigación de Honigman y Honigman (1945), Hallowell (1946), Devereux (1948), Lemert (1954, 1956), Berreman (1956); mientras en 1961 y 1962 aparecieron los análisis interculturales de Washburne y de Field, respectivamente; y, en 1965, una nueva investigación intercultural de Bacon, Barry y Child.

El primer trabajo de Selden Bacon que, como señalé, trató de ser una propuesta de investigación sociológica sobre alcoholismo es, sin embargo, netamente culturalista, ya que propone describir y analizar el sistema de hábitos y costumbres, así como las funciones y sistemas de reglas y controles que operan respecto del alcohol. De hecho, como subraya Levine (1981), se plantea analizar el alcohol en relación con los principales procesos sociales, incluyendo su simbolización. Bacon enumera una serie de fuentes para el estudio del alcohol que acentúa aún más el carácter antropológico de su propuesta. De allí que, si bien dicho programa de trabajo no fue asumido por la sociología, sin embargo, será la antropología social y cultural la que se encargó, por lo menos parcialmente, de llevarlo a cabo.

En 1945 Bacon publicó un trabajo que durante años permanecería solitario y que constituyó un intento de aplicación de su propuesta de 1943², en el que planteó como núcleo de su ensayo el análisis de la función del alcohol en sociedades complejas. El modelo teórico de este autor es tipológico y remite a la teoría de la modernización, estableciendo un tipo social "tradicional" que se da por implícito, y un tipo social complejo que se caracteriza por una mayor especialización en el trabajo, mayor jerarquización en las relaciones sociales, mayor estratificación social vertical y horizontal, mayor interdependencia

¹Esto no implica desconocer que Jellinek fue subrayando cada vez más los aspectos culturales, incluso los simbólicos de la ingestión alcohólica como uno de los componentes básicos de la explicación de la problemática del alcoholismo. Véase al respecto Jellinek (1977) [1965].

²Snyder y Pittman concluyen: "Raros son los trabajos de científicos sociales que enfocan resueltamente el tema de las funciones de la bebida en una sociedad compleja. Una excepción es el ensayo de S. Bacon" (1979, p. 193) [1968].

de los procesos y factores, así como un incremento del individualismo y la pérdida de la autonomía comunal en la satisfacción de las necesidades básicas. Estas características son producto, en primer lugar, de cambios ocurridos en la estructura económica y, al respecto, Bacon realizó un análisis del papel del dinero, no solo como determinante de las nuevas formas sociales, sino también subrayando su función simbólica. El dinero expresa, más que ningún otro elemento simbólico, el control abstracto, impersonal, compulsivo, que domina las relaciones sociales y personales bajo el capitalismo, y que permite justificar las condiciones incluso de pauperización, al separar en un nivel manifiesto los mecanismos abstractos de empobrecimiento y de desocupación laboral, de la responsabilidad comunitaria.

El objetivo de Bacon es identificar las funciones que cumple el alcohol en este nuevo tipo de sociedad capitalista, ya que dadas las características señaladas y los procesos que generan en un nivel colectivo y personal, se ha incrementado la necesidad de mecanismos sociales integrativos. La competencia, el aislamiento, la incertidumbre hacia los otros, potencian una sociedad ansiógena. Desde esta perspectiva, la ingestión de alcohol cumpliría dos funciones básicas: inhibir y reducir la ansiedad, así como favorecer la interrelación social, aunque sea esporádicamente. Según Bacon, las sociedades complejas tienden a desarrollar más ansiedad en los sujetos y grupos que las sociedades *simples*. Su análisis señala una contradicción que es inherente a las sociedades capitalistas y cuyo eje estaría en las nuevas características de la producción. Dicha producción requiere el mantenimiento permanente de la responsabilidad y del autocontrol por parte de los actores sociales, dados los niveles de eficiencia requeridos y los procesos de interdependencia dominantes, los cuales pueden ser socavados por el alto consumo de alcohol.

El incremento del alcoholismo generado por la ansiedad estructural que se genera en las sociedades complejas necesita, en consecuencia, del control y el autocontrol de los sujetos y microgrupos, pero debido a la creciente diferenciación social y grupal, los patrones de consumo de alcohol tienden a generarse no a nivel público, sino en áreas privadas de recreación, lo que hace más difícil el control social de la conducta alcoholizada. Esta situación aparece aún más crítica, dado el incremento de la producción y comercialización del alcohol, lo cual es inherente al proceso de especialización en las sociedades complejas, que posibilita la producción en mayor cantidad y con más eficiencia. En cierta medida, este análisis completa la propuesta general de 1943, al tomar en cuenta los procesos económicos que estaban totalmente ausentes en su trabajo inicial, aunque siguen siendo ignorados los factores políticos, aun cuando pueden ser pensados por quienes lo leemos actualmente.

Prácticamente en las mismas fechas, Horton construía la primera teoría antropológica sobre la alcoholización que, al igual que la de Bacon, refería el alcoholismo a la situación de ansiedad. Horton parte de reconocer que, en 1943: “hay muy pocos antecedentes de estudios antropológicos sobre el alcohol. Aun los estudios de distribución del consumo de bebidas alcohólicas son raros, y se ha hecho muy poco trabajo histórico [...] Creemos justificado concluir que la materia apenas ha sido tocada aun en sus aspectos descriptivos e históricos” (Horton, 1943, p. 201). Prácticamente no existe investigación contextual sobre alcoholismo, y solo reconoce como importantes los trabajos de Mcleod, de Hallowell, y sobre todo el de Bunzel sobre Chamula y Chichicastenango, al cual considera como el único intento significativo para estudiar el alcohol en su contexto social.

Al igual que Bacon, pero en forma explícita, Horton parte del concepto de cultura, asume el nivel biológico como una constante que no establece diferencias explicativas respecto de las sociedades y propone la autonomía del nivel cultural articulado con el psicológico, en el que este aparece también desbiologizado. Como veremos, propone una teoría psicocultural de la alcoholización, constituyéndose en el primer estudio intercultural que aplica la metodología del *human relate area* de la Universidad de Yale, desarrollada por George Peter Murdock. Explícitamente se propone superar las explicaciones empiricistas y formular una teoría general del alcoholismo, que debe fundarse en el análisis comparado, así como en la existencia de estudios en profundidad de casos culturales.

La propuesta de Horton es la primera en establecer una serie de principios metodológicos y teóricos que luego caracterizaron a gran parte del trabajo antropológico, pero que tuvieron escasa repercusión sobre la perspectiva médica. En principio, critica el enfoque dominante en la investigación sobre el alcoholismo que solo se preocupa por el bebedor enfermo, ya que según este autor:

Desde el punto de vista antropológico, los hábitos de ingestión de alcohol de 39.400.000 bebedores normales, es decir, los menos problemáticos, constituyen un punto de partida lógico y no los 600.000 bebedores crónicos, sosteniendo que la comprensión total de las condiciones que producen la ebriedad y el alcoholismo crónico solo puede obtenerse de tales estudios. De tal manera que el bebedor anormal debe ser estudiado en el contexto de la gama total de la conducta alcohólica, de la cual la suya no es sino un caso extremo. (Horton, 1943, p. 201)

Cuestiona no solo el análisis centrado en lo patológico y anormal, sino también en lo individual, ya que “aislar [...] al individuo y estudiarlo así, es violentar los cánones elementales del método científico”; concluyendo que “el enfoque cultural sugiere que el bebedor moderado, el adicto y el crónico, y aun el abstemio, deben ser estudiados en relación con la cuestión central de las funciones cumplidas por el consumo de bebidas alcohólicas en su sociedad”. Este enfoque, que parte de establecer cómo beben y no beben la totalidad de los conjuntos sociales, asociado con la búsqueda de las funciones del consumo del alcohol, se constituye en dos de los puntos de partida que caracterizarán a la producción antropológica.

Horton se plantea entonces detectar cuáles son las funciones que cumple la ingestión de alcohol para los conjuntos sociales. Al asumir que la ansiedad constituye un fenómeno universal que se incrementa en determinadas condiciones de existencia y que necesita ser reducida para asegurar la continuidad del grupo, Horton encuentra que el alcohol aparece como el principal instrumento de reducción de la ansiedad de los conjuntos sociales. La investigación comparada evidencia que los mayores niveles de ansiedad están relacionados con las condiciones de existencia difícil y azarosa, con la inseguridad y con situaciones y procesos de aculturación. Según Snyder y Pittman, el más significativo descubrimiento de Horton “es que la intensidad con que se recurre a la bebida varía directamente en relación con el nivel general de ansiedad que opera en una sociedad que, a su vez, es expresión de la estructura social total y, especialmente, de procesos económicos (1979, p. 192). No obstante, Horton señala que no solo las condiciones de existencia difícil son causa de ansiedad ya que, al citar la situación de Chichicastenango concluye que “...donde la autoridad es ineficaz, el impulso ansiógeno puede operar directamente como motivador del alcoholismo”.

Un último “principio” propuesto por Horton establece como poco relevante manejarse con los criterios de tolerancia innata o constitucional, concluyendo que “mucho más importante es el factor de tolerancia adquirida” o “habitación”, que es una respuesta aprendida que implica la capacidad de ingerir cantidades cada vez mayores de alcohol con efectos progresivamente menores sobre la conducta manifiesta.

Ahora bien, los nuevos aportes antropológicos, generados durante las décadas de 1930 y 1940, cuestionan el peso de lo biológico y la exclusión de los procesos socioculturales en la generación del alcoholismo, así como la necesidad de incluir determinados procesos económico-políticos. Estas nuevas orientaciones tienen que ver, en primer lugar, con el enfrentamiento a las teorías racistas dominantes en esas décadas que colocaban en lo biológico la explicación de los procesos sociales y no solo de las enfermedades;

en segundo lugar, con el nuevo peso dado a los procesos económico-políticos generados a raíz de la “gran depresión” de 1929 y al surgimiento de Estados socialistas y fascistas; y, en tercer lugar, con la derogación durante la década de 1930 de las leyes que prohibían el consumo de alcohol en EEUU, lo que requería de una fundamentación científica que colocara el acento en la normalidad del consumo, y no en su patologización.

Los “principios” reseñados, y en menor medida la teoría de la ansiedad propuesta, serán una constante del trabajo antropológico posterior. Cabe subrayar que algunas de estas propuestas solo serán desarrolladas hasta sus consecuencias implícitas en planteos teóricos de mayor sofisticación, como ocurrió por ejemplo con la noción de “tolerancia adquirida” y con la crítica a la teoría de la desinhibición elaboradas por MacAndrew y Edgerton (1969). Más que la propia explicación teórica, son estos aportes los que nos interesan resaltar, dado que suponen un salto cualitativo en la elaboración conceptual del alcoholismo. El marco teórico de estos dos autores, se construye a partir de materiales antropológicos que los lleva a proponer el consumo de alcohol y el alcoholismo como construcciones socioculturales de cada grupo; pero su base teórica está extraída frecuentemente de elaboraciones formuladas desde el nivel psicológico. Los teóricos del aprendizaje, Hull y Dollard, proponen que la ansiedad es una respuesta aprendida que anticipa la situación, por lo tanto, la conducta del bebedor social representa un equilibrio psicológico dinámico, en el cual la incipiente anticipación de reducción de ansiedad es el principal motivo para beber, y la anticipación del castigo por las consecuencias negativas sociales y personales es la principal razón para no beber.

Necesitamos reconocer que durante esas décadas no existía ningún otro aporte teórico, más allá que los que estamos señalando, que explicara el alcoholismo en el nivel sociocultural, pero tampoco desde perspectivas económico-políticas. El marxismo no superaba el enfoque economicista y mecanicista, que no explicaba el alcoholismo en grupos etnográficos, ni en las sociedades capitalistas ni tampoco en la Unión Soviética, pese a que sus líderes —y especialmente Trotsky (1974)— reconocían que el alcoholismo era uno de los principales problemas del pueblo ruso.

Por otra parte, las formulaciones teóricas que se iban a derivar de Durkheim, aún no estaban suficientemente elaboradas ni eran aplicadas al alcoholismo, ya que sus concepciones sobre las relaciones sociales de apoyo como mecanismo de contención del suicidio, recién fueron recuperadas mucho más recientemente. Para problemas como alcoholismo, enfermedad mental o incluso prostitución, predomina la utilización de teorías psicoculturalistas, que encontraban frecuentemente sus conceptos mediadores en los producidos por las escuelas conductistas, y más adelantes por las psicoanalíticas. De

hecho, el concepto de hábito lleva casi necesariamente a una teoría del aprendizaje, que fue planteada en términos de estímulo-respuesta, y que evidenció sus limitaciones explicativas sobre todo al estudiar culturas nativas, por lo que ulteriormente las corrientes teóricas dominantes, lo sustituyeron por el concepto de personalidad, utilizado a partir de corrientes neoanalíticas, que se desarrollaron básicamente en EEUU.

En 1954, Lemert publicó una de las investigaciones etnográficas más influyentes sobre el proceso de alcoholización; sus conclusiones concuerdan con las de Horton en que el alcoholismo es resultado de la ansiedad, pero eso no debe implicar, según Lemert, desconocer las funciones positivas que cumple la ingestión de alcohol. Más tarde, otros trabajos cuestionaron total o parcialmente las conclusiones de Horton, subrayando que las funciones positivas del alcohol no se limitaban a la reducción de la ansiedad; más aún, señalaron que determinados grupos étnicos no bebían por ansiedad, sino por otras causas, mientras que, en otros casos, el alcohol no solo no reducía la ansiedad sino que, por el contrario, la incrementaba, dado que luego de un lapso eufórico tenía efectos depresivos (Lemert, 1954; Mangin, 1957; Heath, 1958).

Los trabajos de Horton y de Bacon constituyeron los primeros aportes sistemáticos respecto de toda una serie de investigaciones psicológicas, psicosociales, sociológicas y antropológicas, en las que la alcoholización es analizada como reductora de tensiones ante situaciones de estrés social. Dados los cuestionamientos etnográficos a los que fueron sometidas estas propuestas, si bien han permanecido, ya no tuvieron el importante papel tuvieron entre las décadas de 1930 y 1950 (Cappell, 1975; Williams, 1976).

No obstante, la teoría de Horton puede ser vinculada a dos propuestas teóricas antropológicas de notoria influencia. Una de ellas, es la explicación elaborada por Hallowell de la que parte explícitamente Horton, y a la que MacAndrew y Edgerton (1969) consideran el punto de partida antropológico de la teoría de la desinhibición. A partir de la década de 1930, Hallowell propone que los grupos indígenas de EEUU se caracterizan por evidenciar una conducta reprimida, cuya hostilidad latente se expresaría a través de la brujería y de las relaciones sociales “jocosas”. El alcohol, para este autor, constituiría el principal desinhibidor de esa conducta reprimida (Hallowell, 1946, 1955).

La otra propuesta se organiza en torno a explicaciones poco elaboradas, que consideran la ingestión excesiva de alcohol como escape a la ansiedad o a la frustración determinadas por factores económicos o culturales. Ambas propuestas se complementan y luego se asocian y resuelven a través de la teoría de la anomia, de la subcultura alcohólica (*skid row*), o de la privación cultural, generando un espectro de opciones explicativas, donde la ansiedad sigue jugando un papel teórico central.

Una última crítica al trabajo de Horton es de tipo estrictamente metodológico. Robert Edgerton (1975) recuerda que esta es la primera de una serie de investigaciones interculturales que se caracterizan por utilizar información extraída de monografías etnográficas construidas con un enfoque “comprensivista” de tipo emic, a la cual se aplica una metodología de tipo positivista que convierte los procesos en “variables” y les aplica un análisis factorial, que genera la ruptura de la totalidad cultural, eliminando la significación y la racionalidad cultural específica respecto del alcoholismo. Esta crítica se hace extensiva a los trabajos interculturales de Washburne (1961), Field (1962), Bacon *et al.* (1965), y reaparecerá periódicamente.

Desde una perspectiva diferente, Marvin Harris (1982) realizó una crítica similar a las investigaciones interculturales, y en particular a la de Raoul Naroll, considerando que este tipo de estudios sobre el alcoholismo tiende a opacar las relaciones sociales que se organizan en torno al alcohol en las sociedades actuales. La estrategia de investigación de Naroll conduce a ignorar los procesos que fundamentan la alcoholización, acumulando y cruzando información que no resiste la evidencia de los datos que el propio autor maneja. Su propuesta

...no es aplicable a las sociedades recolectoras, nómadas y no estratificadas anteriores a la existencia de sociedades estatales o al contacto, con sistemas coloniales. La razón de que las sociedades en niveles inferiores de desarrollo social, presenten elevados índices de alcoholismo no puede comprenderse sin incluir las tensiones sociales creadas por el contacto con las sociedades abastecedoras de alcohol. Tal es el caso de todos los pueblos nativos de EEUU y de Canadá, ninguno de los cuales tenían bebidas alcohólicas embriagantes antes de la invasión europea. (Harris, 1982, p. 320-321)

En 1962, Peter Field publica el segundo estudio antropológico intercultural de importancia, ya que el de Washburne, publicado en 1961, fue sumamente criticado por los especialistas. Field, al igual que Horton, parte de la necesidad de la comparación intercultural para llegar a proponer una teoría general. Su trabajo constituye una revisión de la teoría de la ansiedad a partir de la postulación de una metodología similar, pero que cuestiona la conclusión de Horton respecto de la función del alcohol como reductor de la ansiedad ya que, sin negar su existencia, la remite a otro marco explicativo que el autor halla en la estructura y organización social, básicamente, en la organización del parentesco. Explícitamente, Field critica la explicación basada en variables psicológicas y propone que la ansiedad es un emergente de condiciones sociales, por ejemplo, la pérdida de la organización social nativa.

Según su investigación, en las sociedades *primitivas*, la embriaguez está menos determinada por el nivel de ansiedad de la sociedad que por la ausencia de grupos de parentesco corporativos con estructura formal de permanencia y estabilidad y con funciones bien definidas. Esta conclusión la pone a prueba comparando diferentes organizaciones de parentesco, y encuentra que las pautas de no embriaguez dominan en las sociedades con alto grado de solidaridad social lineal, y relaciones interpersonales estructuradas mediante líneas jerárquicas o de respeto.

Si bien las conclusiones de Field se verificaron en contextos etnográficos, así como en investigaciones realizadas sobre grupos étnicos urbanos —como los estudios sociológicos sobre judíos e italianos—, la información comparada no avala totalmente sus resultados, ya que según la revisión de Mandelbaum:

...puede haber grupos fuertemente integrados y en los cuales se permita una gran ingestión de alcohol. La embriaguez es la meta normal que se persigue con el consumo de la bebida en un buen número de sociedades sudamericanas, entre las cuales algunas tienen hermética organización unilineal de parentesco y otras no. Por el contrario, la embriaguez es mínima en muchas sociedades africanas, algunas de ellas con fuertes grupos corporados de parientes y otras con organización de parentesco bastante laxa. (1965, p. 287)

El análisis comparativo de Field excluye, en consecuencia, el nivel psicológico como factor determinante de la embriaguez, y halla la causalidad en el nivel de la organización social, que como vimos está referida casi exclusivamente a la estructura de parentesco. En su trabajo, las condiciones materiales y, en menor medida, los procesos aculturativos son poco tomados en cuenta. Este ensayo expresa la declinación de las hipótesis psicoculturales en antropología³, el paso a primer plano de las estructuras parentales no solo como unidad de análisis sino como principio explicativo, y la secundarización de las condiciones económico-políticas.

Mientras el análisis de Horton hallaba en la investigación de Ruth Bunzel sobre Chamula y Chichicastenango uno de los principales referentes empíricos de sus propuestas teóricas, observamos que el trabajo de Field es

³Esto no quiere decir que desaparezcan, en 1965, Bacon *et al.* publicaron el más extenso estudio intercultural cuya base explicativa es notoriamente psicologista. Pero a partir de la década de 1950 y, sobre todo, de 1960, las propuestas antropológicas autonomizan el nivel de análisis en lo normativo-cultural, si bien siguen siendo tomadas en cuenta variables y teorías psicológicas

utilizado para la explicación del alcoholismo en México, incluso en términos históricos:

En dos tipos distintos de sociedades primitivas no existe el alcoholismo masculino, porque es psicológicamente innecesario o es reprimido por la fuerza. Estas, según evidencia presentada por Field, son sociedades caracterizadas por una fuerte estructura social ya sea matriarcal o patriarcal, según se definan por la residencia patrilocal o matrilocal y el poder económico y político. En estos dos tipos de sociedades no se da el alcoholismo porque no existe una guerra manifiesta entre los sexos, de modo que no hay razón para que uno domine al otro; por el contrario, ambos se sienten relativamente seguros y de aquí que no haya necesidad de evadirse por medio del alcoholismo. [...] Nuestra hipótesis es que el colapso de la estructura patriarcal hace al hombre vulnerable al alcoholismo y en México la conquista española debilitó esta estructura. Aunque se aferró al ideal del dominio masculino, en realidad el hombre indio y más tarde el mestizo perdió su papel dominante político, económico y psicológicamente. La conquista también arrasó con el sistema religioso legal de los aztecas, que era lo que mantenía el alcoholismo bajo control. (Fromm & Maccoby, 1973, p. 227-228)

Si bien, como señalamos, los trabajos sociológicos sobre alcoholismo durante las décadas de 1920 y 1930 se centraban sobre sus consecuencias en la criminalidad, la prostitución o la pobreza, durante la década de 1940 emergen una serie de investigaciones preocupadas por la influencia de la variabilidad étnica en la ingestión de alcohol y sus consecuencias en la conducta, las que refieren a la incidencia de los valores normativos en la integración o desintegración social generada por las bebidas alcohólicas. La mayoría de estos estudios concluye que cuando la ingestión de alcohol está bien integrada socialmente no genera problemas, como en los casos de judíos e italianos, pero cuando está débilmente integrada tiende a producir problemas, como en el caso de los irlandeses (Bales, 1946; Snyder, 1958; Glad, 1947).

Estos trabajos proponen una asociación de explicaciones de tipo cultural-normativo y psicológico muy similar a las orientaciones dominantes en la antropología cultural del alcoholismo para el mismo periodo. La investigación sociológica, al igual que la antropológica, no maneja la dimensión económico-política, y hace muy poco uso del análisis histórico. El énfasis en la variabilidad étnico-cultural desplaza todo interés por analizar los procesos en términos de estratificación social y de relaciones de clase.

De hecho, la concepción dominante en la producción antropológica y en algunas tendencias sociológicas fue la de analizar la ingestión de alcohol como determinada por el sistema social y cultural, de tal manera que será este el que establezca los límites de la normalidad de la alcoholización y, en consecuencia, la posibilidad o no de existencia de alcoholismo en términos patológicos.

La antropología del alcoholismo en México se desarrolló en su casi totalidad a partir de las líneas de trabajo analizadas, que marcaron las pautas del desarrollo no solo de la antropología médica, sino también de la antropología general entre las décadas de 1940 y 1960, y cuyas principales expresiones para México fueron Redfield y Foster⁴.

Por una teoría de la representación cultural del alcoholismo

Pese a que la antropología del alcoholismo en México alcanza sus niveles de mayor producción en las décadas de 1950, 1960 y 1970, una serie de propuestas teóricas elaboradas en EEUU, sobre todo a partir de los años sesenta, tuvieron muy poca repercusión a nivel de México y de América Latina, en general, y me refiero particularmente a las propuestas que vinculan los usos del alcohol a la revitalización, resistencia y empoderamiento no solo cultural, sino político por parte de los grupos indígenas.

Dados los objetivos de este trabajo, trataré de proporcionar un esquema enumerativo de las orientaciones dominantes, para luego hacer una suerte de balance de los aportes y carencias de la producción antropológica sobre el alcoholismo, y concluir con una apreciación de la producción en su conjunto.

Las principales explicaciones teóricas del alcoholismo utilizadas en antropología a partir de la década de 1950 fueron las siguientes:

- a) El alcoholismo como reacción anómica ante la sociedad; esta interpretación puede aparecer ligada a las propuestas subculturales manejadas o no en términos de grupos étnicos (Graves, 1967).
- b) El alcoholismo como instrumento revitalizador de patrones, creencias y rituales nativos (Lemert, 1954).

⁴Además de las tendencias orientadas por estos autores, otras líneas teóricas operaron sobre la antropología realizada en México hasta mediados de los sesenta. No obstante, la mayoría de los estudios sobre los procesos de salud/enfermedad/atención fueron realizados desde un enfoque culturalista integrativo. Las otras tendencias que no solo se diferencian, sino que critican este enfoque (ecologistas, materialistas, marxistas) prácticamente no investigaron problemas de antropología médica en México.

- c) La alcoholización como expresión de la dependencia psicológica (Bacon *et al.*, 1965).
- d) El alcoholismo como expresión de la necesidad de poder (McLeland *et al.*, 1972);
- e) La alcoholización como expresión de la propia tradición cultural y no como respuesta aculturativa y/o desorganizativa (Levy & Kunitz, 1974).
- f) La alcoholización como expresión simbólica de la resistencia étnica y cultural (Lurie, 1971; 1972).
- g) La alcoholización como representación cultural y social de la propia sociedad (Marshall, 1983).
- h) El comportamiento alcohólico como aprendizaje histórico y cultural (MacAndrew & Edgerton, 1969).
- i) El alcoholismo como expresión de procesos de control social y político (Lemert, 1967).
- j) La alcoholización como expresión simbólica de relaciones sociales, políticas e ideológicas entre grupos sociales, incluso a nivel de clase social (Gusfield, 1963).
- k) El alcoholismo como expresión de deculturación, ya que “llena el hueco de la cultura perdida” según varios autores.

Las corrientes teóricas que han dado lugar a estas formulaciones provienen del culturalismo, del estructural-funcionalismo integrativo, del construccionismo y de propuestas críticas que refieren a la situación colonial. Es de subrayar que la mayoría de estas tendencias siguen colocando el eje explicativo en el sistema cultural, aunque hay trabajos como los de Graves (1967) o Lemert (1967) que refieren su explicación a factores y procesos sociales específicos, o que les dan más importancia a las funciones sociales que a las condiciones culturales y étnicas. Y así, Lemert señala que las investigaciones sobre la ingestión de alcohol en los samoanos “...me lleva a concluir que la interacción grupal y el control social son más significativos que los valores culturales para entender o predecir el alcoholismo” (1967, p. 291). En congruencia con esta perspectiva, varios investigadores en la década de 1970 revisaron la importancia atribuida a los factores étnico-culturales concluyendo que la etnicidad no es relevante como explicación causal dominante, por lo menos para algunos grupos. Según Levinson (1983), los estudios de Graves (1970), Patterson (1977) y Thomas (1978) consideran que mientras la etnicidad determina quién bebe y con quién, la conducta hacia la bebida es similar en diferentes grupos étnicos. Serían las condiciones sociales y no la pertenencia étnica las que condicionarían los patrones de consumo de alcohol y del alcoholismo.

Algunas de las investigaciones, tanto a nivel de caso como comparadas, verificaron —aunque no sea más que parcialmente— las teorías “clásicas”. Así, por ejemplo, la investigación intercultural de Bacon *et al.* (1965) corrobora las asociaciones encontradas por Horton entre tipo de economía y embriaguez, y el trabajo comparado de James Schaefer (1976) también aportó elementos que apoyan las interpretaciones de Horton y de Field. Pero estas corroboraciones no suponen confirmar la teoría de la ansiedad o la basada en la organización del parentesco, dado que los datos sobre ansiedad o parentesco son reorganizados dentro de otras propuestas teóricas, perdiendo calidad de explicación *per se*.

Si bien en la formulación teórica explícita no existe lo que podemos llamar un enfoque antropológico unificado del alcoholismo, en la práctica opera en cierta medida lo que Partanen (1983) llama el paradigma antropológico. Según este autor, desde la investigación de Bunzel los antropólogos han trabajado con el concepto de “comportamiento alcohólico”, al que ven como un fenómeno definido y controlado culturalmente. La antropología ha tratado de demostrar cómo dicho comportamiento corresponde a las relaciones básicas de cada sociedad. Este paradigma, según este autor, no da cuenta de las variaciones y trasgresiones al interior de cada cultura; concluyendo incluso, que no es demasiado útil para explicar el problema del alcoholismo en una sociedad donde los patrones de comportamiento alcohólico se modifican rápidamente.

Subrayemos que esta última crítica ya había sido formulada en forma explícita por la investigación que numerosas fuentes consideran como el principal aporte teórico de la antropología a la problemática de la alcoholización, ya que para MacAndrew y Edgerton la concepción culturalista era difícil de aplicar a sociedades complejas, dado que estas carecen de una estructura sociocultural consistente y única respecto de las “excusas reglamentadas”, y porque en ellas aparece poco claro el mecanismo de aprendizaje sociocultural. En ellas no hay la misma uniformidad social y cultural que en los tipos de sociedades que suelen estudiar los antropólogos.

Pero, aunque no consideramos pertinente hablar de un paradigma antropológico, sí reconocemos la posibilidad de establecer algunos principios dominantes en los diferentes enfoques teóricos. Desde 1930 hasta la década de 1970, domina una concepción teórica centrada en la autonomía cultural, con o sin determinación psicológica; el nivel de explicación cultural o sociocultural se va constituyendo en dominante e implica un fuerte cuestionamiento a las explicaciones centradas en el nivel biológico. Gran parte de la producción etnográfica y teórica ha sido dirigida a cuestionar la denominada

teoría fisiológica de la desinhibición, y el trabajo de MacAndrew y Edgerton (1969) es la expresión paradigmática de este enfoque crítico.

Además, podemos señalar que, sobre todo entre las décadas de 1930 y 1950, la producción antropológica ha subrayado no solo la integración cultural, las normas de beber y la significación simbólica del consumo de alcohol, sino que al postular explícita o implícitamente la alcoholización como aprendizaje sociocultural ha ido ponderando la definición de beber como una representación cultural, en la que los comportamientos alcoholizados, incluso en el caso del alcohólico crónico —recordemos al “Pérez Jolote” de Pozas (1952)—, constituyen sistemas de expectativas sociales, culturales e ideológicas a realizar. Si bien esta interpretación puede ser identificada con el interaccionismo simbólico, es observable en corrientes teóricas que poco tienen que ver con esta escuela.

Numerosos trabajos etnográficos han documentado no solo que en determinadas situaciones sociales se esperan determinadas conductas en varones y mujeres según sus respectivas edades, sino que varios estudios han descrito la seudointoxicación e incluso la embriaguez fingida, y algunos han descrito conductas que presentan todos los rasgos de la ebriedad sin que la persona haya bebido o haya bebido muy poco (Marshall, 1983). La ebriedad aparece, en determinados casos, como una “excusa” aceptada culturalmente para la realización de comportamientos, que incluyen protagónicamente el uso de la agresividad dirigida hacia ciertos actores sociales⁵.

La casi totalidad de la investigación antropológica sobre alcoholismo no lo ha tomado como objeto de estudio en sí, sino que le interesa observar las relaciones y funciones sociales que se expresan a través del alcohol, del alcoholizado, de la embriaguez, que son los que constituyen el real objeto de investigación. Esto aparece ya en la primera investigación etnográfica de importancia, la de Ruth Bunzel, quien lo reconoce en una reflexión sobre su propio trabajo, publicada veinticinco años después (Bunzel, 1976).

La antropología, al focalizar la funcionalidad del alcohol, los patrones dominantes de su consumo, así como los contextos y usos del alcohol que operan en los rituales organizados en torno a procesos matrimoniales, económicos o religiosos, ha orientado sus interpretaciones hacia la integración cultural y ha dejado de percibir el alcoholismo como enfermedad,

⁵Entre nosotros esto aparece documentado reiteradamente por Kearney (1971); Kennedy (1963) Pozas (1952) e incluso por el principal antropólogo *avant la lettre* de América Latina, Fray Bernardino de Sahagún, quien señala: “De lo arriba dicho se colige claramente que no tenían por pecado aquello que hacían estando borrachos, aunque fueren gravísimos pecados; y aun se conjetura con harto fundamento que se emborrachaban por hacer lo que tenían en su voluntad y que les fuere imputado a culpa y se salieran con ellos sin castigo” (1956, T 1) [1577].

secundarizando sus consecuencias; o para ser más correcto, ha interpretado las consecuencias en función de la integración del alcohol a la vida cotidiana (Heath, 1975). Esto se ha manifestado en la recurrente falta de detección del alcoholismo como enfermedad y/o adicción, ya que se describe la embriaguez y se detecta alcoholismo crónico y/o “dependiente”, pero se propone que no constituyen enfermedad o dependencia. Incluso suelen encontrarse referencias de que la conducta alcoholizada no presenta los rasgos de ambivalencia común en otro tipo de sociedades “complejas”.

De hecho, el enfoque antropológico supone tomar como unidad de trabajo y análisis al conjunto comunitario, en el cual recurrentemente ha detectado la ingestión de alcohol como un patrón “normal”, y no como desviación social; más aún, la desviación social aparece referida a la negación de beber. Esto está documentado ampliamente en la bibliografía antropológica, al igual que la creación de estrategias para no beber o reducir la ingestión, lo cual es descripto, por ejemplo, por Vogt (1973) respecto de reuniones entre los zinacantecos de Chiapas, en las cuales existe una obligación ceremonial de beber alcohol:

Una costumbre interesante es la forma de manejar la bebida cuando una persona se emborracha o cuando ya no quiere beber. Los hombres suelen llevar una botella vacía y un pequeño embudo de metal sujeto con una correa de cuero a la bolsa que llevan al hombro. Hacen todos los brindis y saludos, se tocan los labios con el vaso, pero en lugar de beber alcohol utilizan el embudo para vaciar la bebida. Las mujeres no van provistas de este equipo, pero echan el aguardiente en una jícara cerca de metates donde están trabajando junto al fuego. (Vogt, 1973, p. 32)

Desde el estudio de Bunzel, para una sociedad específica, al de Horton, a nivel comparativo, podemos detectar una continuidad en la perspectiva antropológica del análisis del alcohol en términos de obligación social. Gran cantidad de material etnográfico llega a las mismas conclusiones que Thomas para los zoques:

La unión del beber y del circuito que se sigue en la ronda de brindis, doblemente refuerza el concepto de que el principio de este circuito es un recurso de reciprocidad, de confianza, ya que el simbolismo social del beber está altamente desarrollado, a juzgar por su elevado grado de estructuración. El beber nunca se realiza en soledad y siempre va acompañado de brindis. El número de botellas de aguardiente

que una determinada persona deberá proporcionar para una ocasión dada, está estrictamente descrito por la tradición [...] En resumen, la reciprocidad ritual de los zoques de Rayón es tal, que las cosas idealizadas como buenas, tales como la bebida excesiva y el servicio a los santos, son ofrecidas o forzadas en otros, con pleno conocimiento de que deben aceptarlas para demostrar confianza. (1974, p. 155)

Es decir, la función simbólica generalizada del alcohol, y su presencia decisiva en las transacciones sociales que aseguran la reciprocidad, implican no solo la obligación sino la limitación o imposibilidad del bebedor solitario. Dada esta estructura colectiva, la alcoholización puede implicar que se institucionalicen determinados comportamientos solo permitidos cuando se producen en estado alcoholizado. Ya Horton había señalado que de su análisis de 56 sociedades surgía que la agresión realizada en estado alcohólico era débilmente penalizada; lo cual puede ser ejemplificado a través del estudio de Kennedy (1963) sobre el papel de las “tesguinadas” para los tarahumaras, ya que por lo menos el 90% de todas las infracciones sociales tiene lugar en el contexto de las tesguinadas, por gente que se encuentra bajo la influencia del alcohol.

Kennedy observó que, en las tesguinadas, y bajo la influencia del alcohol, los hombres generalmente alcanzan el tono indispensable para realizar acciones concertadas contra un ofensor; así como que el estado de embriaguez mitiga el castigo de las transgresiones y algunas veces lo pospone indefinidamente. Ahora bien, entre los tarahumaras las trasgresiones más frecuentes son la agresión física y verbal y el adulterio, que ocurren en gran medida durante las tesguinadas. Si, como el autor evalúa, hay entre sesenta y noventa tesguinadas al año, la potencialidad de infracciones ocupa un alto porcentaje del ciclo ritual de vida comunal “normal”.

Ahora bien, la unanimidad con que el consumo de alcohol aparece normalizado en muchas etnografías tempranas ha sido cada vez más cuestionada, en gran medida, debido a las conversiones al protestantismo que se han generado en diversos grupos étnicos, ya que se considera que dichas conversiones reducen o eliminan el consumo de alcohol. Sin embargo, según Kearney (1971) dicha conversión puede causar graves problemas de marginación social a los nuevos conversos; o según otros autores puede no generar la abstención (De Walt, 1979), o solo conduce a abstenciones momentáneas.

Considero que la existencia de datos contradictorios respecto de las mismas comunidades, expresan justamente la variabilidad del consumo relacionado con las creencias religiosas. Y así Nash documenta que, pese a que el “regalo” de alcohol forma parte de las ceremonias de cortejo en Oxchuc, ha desaparecido debido a la campaña protestante contra el consumo de alcohol.

Más aún, documenta que “...los católicos no dieron más licor en la ceremonia, de acuerdo con dos informantes” (Nash, 1973, p. 99). Pero, en una nota al pie de página Nash concluye que:

...el beber ceremonial nunca fue rechazado del todo y el mismo fue utilizado nuevamente después que los movimientos protestantes y católicos quedaron establecidos alrededor de 1963-1964. El patrón de ingestión de alcohol como parte intrínseca de la vida ceremonial se mantuvo intacto, por lo menos como parte del sistema cognitivo compartido. (Nash, 1973, p. 99).

Cabe subrayar que, en su propio texto sobre Oxchuc, Siverts (1973) fundamenta dicha afirmación. Además, es importante documentar que varias descripciones etnográficas señalan que la obligación “normal” de la ingestión alcohólica puede ser percibida de forma crítica y aun negativa, por lo menos, por una parte de la población que cuestiona las consecuencias de la obligación social de beber. Según Kearney, en Ixtepeji se reconocen algunas propiedades positivas del alcohol “pero los ixtepejanos de ninguna manera consideran que el beber sea algo sumamente provechoso y están igualmente prontos a hablar sobre sus efectos perniciosos” (1971, p. 136). Agregando que “esta preocupación por el control de la violencia y la agresión en situaciones en que se bebe, parte de su conciencia de que prácticamente en todos los actos de violencia ha tenido algo que ver el alcohol, como cuando hay golpes o maltrato a los niños o a la mujer, así como en riñas más serias” (Kearney, 1971, p. 151). Lo que indudablemente está expresando los cambios que se han dado en los patrones de consumo de alcohol —y no solo por la expansión de las denominaciones protestantes, sino por los procesos migratorios— es la aparición de Alcohólicos Anónimos y la expansión de los refrescos, que va a conducir más adelante a que en comunidades chiapanecos la Coca-Cola reemplace al alcohol en el oficio de algunos rituales.

La perspectiva antropológica ha recalcado la variación intercultural en el uso del alcohol, expresada en la notable cantidad de investigaciones comparativas que existen sobre el alcoholismo (Horton, 1943; Washburne, 1961; Field, 1962; Bacon *et al.*, 1965; MacAndrew & Edgerton, 1969; Shafer, 1976). Tanto la comparación intercultural como, sobre todo, las investigaciones específicas, se han preocupado más por la descripción de cómo es usado, percibido, controlado, normado el consumo de alcohol, que en las causas del alcoholismo. El énfasis puesto en la funcionalidad y no en la etiología expresa otro presupuesto implícito: que la descripción cultural da cuenta de la existencia del fenómeno y, en gran medida, lo explica.

Concluyendo, podemos decir que el enfoque antropológico dominante ha sido comunitario y microsociológico, centrado en lo normativo y cultural y casi ignorante de la dimensión económico-política. Se caracteriza por una notable etnografía del comportamiento alcoholizado, por considerar al conjunto social y no exclusivamente a los “bebedores problema”, y por plantear el relativismo cultural del consumo de alcohol, que reduce o impide su caracterización como patológico.

A partir de esta síntesis del enfoque antropológico, podemos enumerar sus aportes, algunos de los cuales aparecen implícitos en el análisis previo. Dichos aportes son:

- a) el desarrollo de una concepción no patologizante del alcoholismo y en consecuencia una perspectiva antimedicalizadora o, por lo menos, no medicalizadora;
- b) el cuestionamiento de las interpretaciones biologicistas, crítica permanente a la interpretación basada en la desinhibición fisiológica o psicológica;
- c) la necesidad de tomar en cuenta el contexto social y cultural para poder definir el alcoholismo como enfermedad y como problema social;
- d) las características de la conducta alcohólica como condicionadas por los límites sociales y culturales, de tal manera que las consecuencias conductuales del alcohol —incluidas las trasgresiones de cualquier tipo— dependen de la definición cultural que los conjuntos sociales utilicen;
- e) el “problema” del alcoholismo no se explica por el alcohol, sino por el proceso de alcoholización; el alcoholismo tanto en sus consecuencias negativas como en sus funciones positivas depende de lo que los sujetos y grupos hacen con el alcohol, y no de lo que el alcohol haga con los sujetos.

Junto con estos aportes, que podemos ponderar como teóricos, existen otros que posibilitarían alternativas para el conocimiento y solución del problema del alcoholismo, avaladas por los principios y aportes ya reseñados. El enfoque antropológico posibilita el desarrollo de una epidemiología sociocultural a través no solo de las entrevistas sino también de la observación participante, que proporcionan datos en profundidad y más confiables respecto de varios procesos fundamentales que los que surgen de los obtenidos por encuesta, por lo menos para América Latina. Dicho enfoque ha posibilitado establecer pautas de consumo que no se reducen a la cantidad de alcohol consumido o a los lugares de consumo, sino que establecen perfiles socioculturales de los

bebedores, cuestionando frecuentemente los datos manejados epidemiológicamente tanto a nivel general como por género y por edad, presentando, por ejemplo, valores respecto del consumo de las mujeres, que evidencia el notable subregistro que se maneja a nivel oficial. Y ello no solo en el caso de México, sino de gran parte de las sociedades estudiadas, ya que según la investigación intercultural de Bacon *et al.* (1965), —que es la que mayor número de sociedades tomó en cuenta—, solo en cuatro sociedades el hombre toma y la mujer no; en todas las demás ambos beben, y mientras en 53 sociedades toman más los hombres, en 36 sociedades no hay prácticamente diferencias (Bacon, 1976). Lo cual, como ya lo señalamos, contrasta con los datos epidemiológicos para México que subregistran notablemente el consumo general, por género y por grupos sociales.

Incluso, uno de los principales antropólogos estadounidenses especializados en alcoholismo en Latinoamérica, se extrañaba de los resultados de una encuesta sobre consumo de alcohol aplicada en México, dado el notable índice de abstinencia que surgía de esta (Heath, 1982). Lo que también fue cuestionado por Negrete quien sostiene “que quien observa espontáneamente la población puede dudar de dichos datos [de la encuesta], según los cuales la tercera parte de los adultos entrevistados dijeron no haber bebido alcohol en el año anterior al ser interrogados” (Negrete 1982, p. 170). Lo cual es aún más grave en el caso de las mujeres, ya que según dichas encuestas epidemiológicas las mujeres mexicanas casi no beben alcohol.

Toda una serie de investigaciones antropológicas han cuestionado el uso de estrategias curativas y preventivas biomédicas por etnocéntricas; y, en forma creciente, han ido proponiendo la utilización de estrategias nativas para actuar sobre el problema. Además, han criticado interpretaciones médicas que aparecen mecánicamente asociadas a los planteos de los grupos de Alcohólicos Anónimos; y me refiero, especialmente, a la indicación de abstinencia, que numerosos antropólogos plantean como negativa, dadas las consecuencias desorganizativas que acarrearía a nivel del sujeto y de su grupo de pertenencia. Congruentemente con esta crítica, se han opuesto a las políticas prohibicionistas, dado que han generado más problemas que los que solucionan.

Si bien parte de la conceptualización antropológica sobre los “patrones de consumo de bebida”, el “relativismo cultural de la ingestión alcohólica” y la influencia de los factores socioculturales ha sido tomada en cuenta y utilizada por la biomedicina respecto de determinados conjuntos sociales, la recuperación del enfoque y de los aportes antropológicos por parte del sector salud mexicano ha sido relativamente reciente y parcial. Sin embargo, salvo

situaciones puntuales, no ha sido sistemáticamente aplicada⁶. Considero que esta escasa utilización es producto de las características dominantes de los enfoques biomédicos, pero también de las formas de presentar los problemas y las acciones a realizar por parte de los antropólogos.

La tendencia antropológica a no reconocer el alcoholismo como problema de salud, subordinar las consecuencias negativas a la integración cultural, o no considerar prioritariamente y, en consecuencia, no detectar el alcoholismo como enfermedad sea o no en términos de adicción, genera un rechazo por parte del sector salud a las propuestas antropológicas, dado además el mantenimiento e incluso incremento del consumo de alcohol en la mortalidad por homicidio, cirrosis hepática, suicidio o síndrome de alcoholismo fetal.

Frente a una actitud medicalizadora, la antropología expresa una concepción antagónica y, como vimos, cuestionadora del enfoque biomédico patologizante. Por lo cual, la frecuente omisión de las consecuencias negativas por parte de la antropología ha conducido, de hecho, a poner en duda su “utilidad”; y si bien los saberes médicos han evidenciado un fracaso recurrente respecto del alcoholismo, esto no implica desconocer la existencia de consecuencias negativas que, por otra parte, se incrementan en contextos urbanos, pero también en contextos indígenas, y no solo durante procesos de cambio rápido.

El enfoque dominante en antropología es culturalista y cognitivo, lo cual aparece asociado con la secundarización o ignorancia de las dimensiones económico-política y biológica. Para Madsen, la producción antropológica mayoritaria ignora la bibliografía biomédica sobre alcoholismo y señala que, según Kroeber, la particularidad de la antropología reside en que su enfoque debiera interrelacionar lo biológico y lo histórico-cultural; pero, citando a Goldschmidt, Madsen concluye que la mayoría de los etnógrafos ha ignorado esta perspectiva pues considera al ser humano como una entidad plástica que la cultura puede modelar en múltiples formas. De hecho, los antropólogos tienden a desconocer los factores y efectos genéticos y bioquímicos del alcohol y sus efectos sobre los sujetos (Madsen, 1976, 1984). Estos señalamientos críticos son parcialmente correctos, y se correlacionan con el énfasis colocado en la autonomía cultural, que llega en algunas propuestas antropológicas a

⁶En el caso de los indígenas estadounidenses es donde la investigación antropológica ha sido tomada en cuenta, sobre todo durante la década de 1970, hasta influir en forma decisiva tanto a nivel del NIAAA como del Servicio de Salud Indígena. En México fue el trabajo coordinado por De la Fuente (1954) el que generó una posible alternativa; la cual, sin embargo, no fue integrada a los programas de salud.

la negación explícita de los factores biológicos y bioquímicos, subordinando incluso la desinhibición fisiológica a la desinhibición social y cultural (Room y Collins, 1983).

Además, la antropología casi no ha desarrollado investigaciones respecto de conjuntos sociales en sociedades “complejas” latinoamericanas; como sostiene Paul Ezell (1965), la mayoría de la producción socioantropológica sobre alcoholismo en la región se ha hecho sobre pequeñas comunidades rurales o en grupos tribales y contiene muy pocas referencias al contexto urbano. En consecuencia, concluye, la visión del uso de alcohol en América Latina, incluido México, ha sido distorsionada, ya que se basa en una pequeña parte de la población. La unidad de trabajo ha sido la pequeña comunidad, tomada frecuentemente como una cultura reducida a sí misma; por lo cual los resultados obtenidos de este tipo de investigación no permiten explicar los procesos que afectan a la mayoría de la población que, en forma creciente, reside en las grandes ciudades. Por lo que las interpretaciones de MacAndrew y Edgerton (1969) se hacen cada vez más certeras, en la medida que los nuevos espacios urbanos definen las relaciones sociales e ideológicas en forma diferenciada.

La no consideración de la dimensión económico-política, incluso en las propuestas marxistas, sigue siendo una de las limitaciones más cuestionables del trabajo antropológico sobre alcoholismo (Singer, 1986); pero aclarando que su recuperación no pretende reducir el problema a dicha dimensión, sino que propone incluirla, dado que es decisiva no solo para entender aspectos productivos y ocupacionales, sino para observar la distribución epidemiológica según clases sociales en términos de morbilidad, pero también de las funciones que cumple para cada clase y para las relaciones de clase.

Si bien hay referencias al impacto colonial, y también a los procesos de aculturación —ver, por ejemplo, el trabajo inicial de Hallowell (1946)— e incluso al papel del alcohol en las condiciones de explotación económica (Bunzel, 1940), la interpretación de estos fenómenos se ha explicado más por medio de las dimensiones cultural y/o psicológica, que por la económico-política. Pese a que algunos antropólogos pertenecientes a las tendencias señaladas, han hecho referencia a que la situación colonial ha influido en el desarrollo del alcoholismo nativo, así como en las condiciones de explotación o marginación que se reflejan en el bajo nivel de vida, en problemas nutricionales, o en mortalidades tempranas de la población indígena; sin embargo, el sentido fuerte explicativo refiere a procesos culturales y/o étnicos⁷.

⁷En algunos países europeos, a finales de la década de 1940 y 1950 se desarrollaron concepcio-

Algunos críticos han señalado, además, que el enfoque antropológico es tautológico, pues el relativismo cultural y el aprendizaje y condicionamiento sociocultural no explican el fenómeno, ya que solo dan cuenta etnográficamente de la diferencia cultural y/o de su funcionalidad. Plantean que la inclusión del relativismo cultural en la definición de alcoholismo sirve más para cuestionar y revisar las propuestas médicas y psiquiátricas que para producir una definición alternativa y operativa. Esta crítica se asocia a la que subraya el énfasis en la funcionalidad y la poca preocupación por la etiología y consecuencias del alcoholismo. Y, si bien existen propuestas causales, y ya hemos observado algunas, debe reconocerse que la preocupación antropológica no está depositada en estas.

En 1984, Room publicó un trabajo en el cual concluye que la tendencia de la producción bibliográfica antropológica a minimizar el problema del alcoholismo es inherente a la perspectiva teórica y técnica utilizada por los antropólogos. Para Room, los elementos determinantes de este enfoque radican en el dominio de los presupuestos funcionalistas y de los requisitos de integración funcional, así como en el uso de técnicas de investigación orientadas hacia la totalidad cultural, en las que los acontecimientos pasan a ser secundarizados. Señala además la carencia de técnicas que permitan a los antropólogos detectar determinados problemas como cirrosis hepática, así como el dominio de un enfoque emic que excluye de entrada el punto de vista biomédico⁸. Subrayo que Room ejemplifica parcialmente esta orientación a través de la situación latinoamericana y, en particular, de la mexicana, y que los trabajos no antropológicos recientes como los de Caetano (1982) y Negrete (1982) informan sobre las consecuencias negativas del consumo de alcoholismo en la morbilidad, mientras que del trabajo antropológico no surge este tipo de información.

Room enumera una serie de interpretaciones de tipo social y, sobre todo, culturales, que expresarían estos sesgos del enfoque antropológico, y agrega que antes de la década de 1930, la antropología informaba más frecuentemente del alcoholismo en términos de problema, y que es a partir de esta década que se desarrolla un enfoque minimizador de las consecuencias negativas del alcoholismo. Pero, según Marshall (1984), lo señalado por Room es

nes que colocan en el centro el papel de la situación colonial, como han sido los casos emblemáticos de Georges Balandier (1955) o de Frantz Fanon (1962, 1968)

⁸Y cita a Favazza: "Analizando el alcoholismo... la mayoría de los psiquiatras, así como de otros médicos piensan el alcoholismo en términos etic, colocando el énfasis en la psicopatología y fisiopatología individual. En contraste, la mayoría de los antropólogos piensan el alcohol en términos emic, en términos de patrones culturales de bebida. El término ingesta integrativa de alcohol rara vez aparece en la bibliografía psiquiátrica" (Room, 1984, p. 176).

correcto, aunque solo para la antropología del alcoholismo practicada antes de la década de 1970, ya que no corresponde a los enfoques ulteriores, en los que sí se utilizan datos sobre las consecuencias en la morbimortalidad y violencias de diferente tipo.

Al respecto necesitamos recordar que la reacción culturalista operada en la antropología durante las décadas de 1930 y 1940 constituyó, en gran medida, una reacción científica e ideológica respecto de las nuevas propuestas racistas, tratando de distanciarse de las concepciones degenerativas y eugenésicas que dominaron el pensamiento occidental, incluido el biomédico y el antropológico, entre mediados del siglo XIX y las primeras décadas del siglo XX, y que se iban a continuar con las orientaciones biologicistas y racistas que se dieron en Alemania y gran parte de los países europeos entre 1920 y 1940 (Menéndez, 2002).

Necesitamos asumir que las propuestas, orientaciones y explicaciones como las de Room deben ser referidas a los contextos no solo científicos, sino económicos, políticos, sociales e ideológico-culturales dentro de los cuales operaron históricamente, para poder entender, por ejemplo, el peso del culturalismo y la exclusión o secundarización de lo biológico o de lo económico-político. En 1975 y en 1977, Heath realizó dos revisiones sistemáticas sobre lo que él denomina modelo sociocultural del alcoholismo, en las que enumeraba y analizaba gran parte de las críticas realizadas respecto de las orientaciones antropológicas. Según Heath, la mayoría de los trabajos antropológicos no provee información significativa sobre cantidad, frecuencia y porcentaje del etanol contenido en las bebidas ingeridas. Hay una notoria carencia de precisión conceptual y frecuentemente se utiliza terminología nativa sin la suficiente especificación. Además, y contrastando con la bibliografía sobre sociedades “complejas”, la producción antropológica provee poca información sobre problemas sociales, terapia, prevención y sobre el mismo alcoholismo como categorías significativas. Esto tiene que ver, por una parte, con que la mayoría de los antropólogos no consideran el alcoholismo como enfermedad y recuperan, sobre todo, su papel en los rituales de relación social; y, por otra parte, tiene que ver con el rol ideológico de la antropología en el cuestionamiento y rechazo de las propuestas racistas, así como en la “protección” y rechazo a las imágenes sociales negativas generadas respecto de las culturas indígenas “alcoholizadas”.

Y, justamente, una dimensión no manejada por los antropólogos es la ideológica que, en el caso de los grupos étnicos, les es casi imposible de pensar, ya que parten de la concepción de la cultura como verdad. Pero llama la atención que no refieran la dimensión ideológica al aparato médico sanitario, a la industria alcoholera, así como a ciertos mecanismos de control

utilizados por los sectores sociales dominantes a través del alcohol. Más aún, los antropólogos no utilizan la dimensión ideológica para explicar el desarrollo de una antropología —incluida la antropología del alcoholismo— que luchaba contra las propuestas políticas y científicas racistas y que, a través del relativismo cultural, justificaba los usos y costumbres nativos “alcoholizados”.

Sintetizando algunos de los procesos revisados, podemos concluir que, si bien en la producción antropológica sobre alcoholismo puede haber referencias a problemas y consecuencias negativas así como al papel de la dimensión económico-política, sin embargo, domina el paradigma antropológico presentado previamente. Y aun cuando desde la década de 1970 se detecte el alcoholismo como problema e incluso como enfermedad, esto no modifica las líneas dominantes que siguen correspondiendo a los “principios” que ya analizamos.

Antes de entrar al análisis de la producción antropológica sobre el alcoholismo en México, es importante destacar que varios de los textos que vamos a comentar a continuación constituyen algunas de las expresiones más significativas de las diferentes aproximaciones teóricas en este campo. Así, los trabajos de Bunzel, Madsen, Metzger, Maccoby, Pozas o De la Fuente no solo son rescatables por su aporte específico, sino por representar algunos de los productos más importantes de la antropología psicologista, del culturalismo funcionalista, del cognitivismo y del culturalismo materialista mexicano.

La producción antropológica mexicana o los límites culturales de la economía política

Establecidas las líneas teóricas y metodológicas generales del desarrollo de la antropología del alcoholismo, vamos ahora a concentrarnos en la producción generada exclusivamente sobre México entre finales de la década de 1930 y la década de 1970. Analizaremos dicha producción, en primer lugar, respecto de los estudios generados en México por investigadores locales y, en segundo lugar, revisaremos los materiales elaborados por antropólogos estadounidenses sobre el alcoholismo en dicho país. Este ordenamiento se realiza por varias razones. Primero, por reconocer una dinámica académica propia de la antropología mexicana; segundo, para detectar los aportes diferenciales, y tercero, para dar cuenta de la trayectoria y abandono de esta problemática por parte de la producción nacional.

La antropología del alcoholismo desarrollada, tanto por antropólogos mexicanos como estadounidenses, si bien tiene particularidades propias de cada país, no obstante, desde la década de 1940 comparten un modelo teórico

y metodológico dominante para estudiar los procesos de s/e/a-p (Menéndez 1981, 1985), que podemos sintetizar a través de las siguientes características:

...a) dominio de un enfoque microsociológico centrado en la integración superestructural; b) se plantea un enfoque holístico, pero el mismo solo remite a la comunidad, sin referencias o con referencias limitadas a los condicionamientos económico políticos generales; c) el modelo tradicional/moderno impone una visión dicotómica que avala no solo la escisión entre enfermedades científicas y tradicionales, sino que implicó un proyecto determinado de desarrollo económico-político subordinado; d) evitación casi sistemática de la articulación de los sistemas de salud que operan en un área determinada, focalizando el sistema “tradicional” como objeto de investigación privilegiado, excluyendo toda etnografía referida a la biomedicina; e) concepción de la causalidad de los padecimientos como unilateralmente culturales; y f) focalización en el campesinado indígena y recientemente en la población urbana “marginal”, desconectada de las condiciones de salud, enfermedad y atención médica que operan en el conjunto de las clases sociales. (Menéndez, 1985, p. 18)

El análisis de la producción mexicana implica reconocer dos tipos de orientaciones: una generada por sociólogos que, como en los casos de Mendieta y Núñez (1939) y de Askinasy (1939), se caracterizan por señalar exclusivamente los aspectos negativos del proceso de alcoholización, así como verlo como un proceso patológico, y otra desarrollada por antropólogos que, si bien reconocen las funciones positivas de la alcoholización, también subrayan los aspectos negativos del alcoholismo, pero manejados en términos sociales y en un segundo lugar como enfermedad.

Ambas orientaciones tienen que ver con la visión negativa que se había generado respecto del alcoholismo en México entre mediados del siglo XIX y 1910, y que fue asumida por los intelectuales de la revolución mexicana, que veían en el alcohol uno de los principales factores que incidían en el atraso y pobreza de los sectores sociales subalternos y, en particular, de los grupos indígenas, lo que está expresado en los trabajos de Mendieta y Nuñez, quien además considera al alcoholismo como un fenómeno hereditario y degenerativo. Este aspecto es rechazado por el enfoque antropológico que, sobre todo a partir de la década de 1940, desarrolla un discurso que trata de proteger a los indígenas de los estereotipos negativos con que se los discrimina.

La mayoría de la producción mexicana está referida a grupos indígenas, aun cuando en algunos trabajos, como los de Pozas y De la Fuente, también se

da información sobre sectores “mestizos”. En estos estudios, si bien hay referencias al alcoholismo como enfermedad, sin embargo, están subordinadas a factores culturales y económico-políticos. Las alusiones a las condiciones de enfermedad aparecen explícitamente en los trabajos de De la Fuente y de Pozas, en los que incluso se habla del alcoholismo crónico; pero lo más focalizado no es la enfermedad de los sujetos, sino que esta sea un producto de procesos de obligación sociocultural del consumo de alcohol y/o de relaciones económico-ocupacionales.

Además, casi no se habla del alcoholismo como problema psiquiátrico, e incluso en el capítulo “Aspectos médico-sanitarios del alcoholismo” del trabajo coordinado por Julio De la Fuente (1954) se discute si la embriaguez de los indios chiapanecos puede ser considerada enfermedad, y se concluye:

Considerando esta fase del problema, es decir, la ingestión de bebidas alcohólicas como necesidad, vicio o toxicomanía, en que el individuo subordina su alimentación, conducta, personalidad, etc., a la ingestión de bebidas alcohólicas, el alcoholismo no es de consideración, los bebedores crónicos son contados y de hecho no constituyen “grave problema para la colectividad”. (1954, p. 3)

Si bien la conceptualización en términos de enfermedad es secundaria, sin embargo, los trabajos hacen referencias a las consecuencias de la alcoholización respecto de la salud (cirrosis hepática) o a las consecuencias que se generan en las relaciones intra e interétnicas (homicidio, riñas) o intrafamiliares (agresión a la esposa).

En todos los casos, el nivel de análisis es planteado en términos socioculturales o económico-políticos, sin tomar en cuenta los niveles biológico y psicológico. Incluso Mendieta y Núñez, quien hace referencias a condiciones de “degeneración orgánico-hereditaria”, encuentra explícitamente las causas en el pauperismo, la opresión política y el relajamiento moral. Y aun Viqueira y Palerm (1954), que parten de un “sistema conceptual psicoantropológico”, subrayan que la explicación a la relación agresividad/hostilidad debe ser buscada más en causas socioculturales que en causas instintivas.

Todos los autores, aunque en diferente medida, reconocen la multiplicidad de relaciones sociales y culturales que se articulan en torno a los usos del alcohol; pero son las investigaciones de Pozas, De la Fuente y de Viqueira y Palerm las que desarrollan más esta perspectiva. Ya De la Fuente, en otros trabajos (1940, 1948), había hecho referencias someras a la problemática de la alcoholización en áreas indígenas, pero fue en el proyecto sobre Chiapas donde propuso un tipo de análisis que, asumiendo las consecuencias

negativas de la alcoholización, considera la ingestión de alcohol como una parte constitutiva de los principales rituales de interacción social.

La investigación interdisciplinaria sobre el alcoholismo en Chiapas ha sido el proyecto de mayor envergadura desarrollado por la antropología mexicana respecto de este problema. En él se describen y analizan los aspectos económico-productivos, políticos, socioculturales y médico-sanitarios relacionadas con la alcoholización. Constituye posiblemente el único trabajo que toma en cuenta y da información sobre temáticas generalmente “olvidadas” de este proceso, como la producción y consumo clandestino de bebidas alcohólicas, la producción y venta de alcohol adulterado, el contrabando de alcohol, los intereses económicos que se expresan por medio del control policial. Inclusive toma en cuenta la producción, venta y consumo de alcohol a través de formas que, salvo excepción, no han sido consideradas sino hasta fechas muy recientes en las investigaciones médicas de cualquier tipo sobre el alcohol. Me refiero al consumo de alcohol de 96°, así como al consumo de los preparados —incluidos perfumes— a base de alcohol vendidos en las farmacias⁹.

En los trabajos de Pozas opera una perspectiva similar, aunque subraya el conflicto entre las consecuencias negativas y las funciones de integración sociocultural, que justamente se “resuelven” con frecuencia en la muerte temprana de aquellos bebedores que, dada la institucionalización social de la bebida, se convierten en bebedores crónicos. Consideramos que en la dramatización que Pozas ha hecho de la vida chamula en su libro *Juan Pérez Jolote* se expresa en su mejor forma la interpretación conflictiva del proceso de alcoholización en este grupo. Así, al referir la ingestión de alcohol a la obligación social que se adquiere al ser nombrado para determinados cargos comunitarios, Pérez Jolote narra:

A mi casa vienen a beber todos los días compañeros que llegan a comprar; me dan de lo que toman y con todos tomo yo. Ya no tomes más, me dicen mi Lorenzo y mi Dominga; pero yo no puedo dejar de tomar. Hace días que ya no como [...] Así murió mi papá. Pero yo no quiero morirme. Yo quiero vivir... (Pozas, 1952, p. 112-113)

⁹En el texto se enumera y da la composición de los siguientes “preparados”: agua de colonia, agua florida, agua de kananga, remedio de cólico, remedio para el dolor de estómago, alcohol de hinojo, aures de hinojo, aures de nuez moscada. La base de todos ellos es el alcohol de 96° e inclusive algunos preparados pueden tener éter.

Tanto en las investigaciones de Pozas, como en la de Viqueira y Palerm, hay referencias implícitas o explícitas a la teoría de la ansiedad, pero ni en estos autores, ni en los demás trabajos hay utilización de dichas teorías, pese a que estas refieren frecuentemente la ansiedad a las condiciones materiales negativas en las que vive la población. Los antropólogos mexicanos prefieren utilizar otras explicaciones.

La mayoría de los trabajos toman en cuenta los procesos económico-políticos que operan sobre las condiciones de pauperización económica, de control político o de explotación laboral. Incluso en el trabajo de Viqueira y Palerm, en el que no hay datos sobre relaciones de explotación, el marco teórico utilizado refiere explícitamente —como ya se señaló— a las condiciones materiales de producción. Sin embargo, son los trabajos de Pozas y De la Fuente los que han presentado más información sobre los objetivos políticos y los intereses económicos que operan en torno al alcoholismo. Y así, por ejemplo, en la investigación de De la Fuente se describe el uso del alcohol para el sistema de enganche laboral de población nativa por las fincas cafetaleras, así como la criminalización que realizan los grandes productores y los agentes fiscales respecto de la elaboración clandestina del aguardiente por los indígenas:

Lo que se persigue con más interés, con alarde de fuerza y violando las garantías individuales que marca la Constitución de la República, es el delito de la producción clandestina de aguardiente. Los agentes fiscales encargados de perseguir a los que producen bebidas embriagantes sin el respectivo permiso del Estado son, en verdad, agentes de los grandes productores de aguardiente, constituidos en verdaderos monopolistas de esta producción. (1954, p. 61)

El autor describe las políticas de control sobre los indígenas, así como sus respuestas, y la constitución de relaciones de continua agresividad entre ellos, que llega frecuentemente al homicidio. En todos estos trabajos el consumo de alcohol aparece integrado a prácticamente todas las esferas de la vida comunitaria indígena y, especialmente, a las que tienen el mayor nivel de control social interno, como las que tienen que ver con los “cargos” políticos y religiosos. El alcohol aparece consumido en grandes cantidades, sobre todo en determinados rituales y cargos, pero también en la vida cotidiana, de tal manera que las consecuencias negativas aparecen “integradas” a la vida comunitaria.

En México, como ya lo señalé, son De la Fuente y Pozas los que más han planteado el problema del alcoholismo en toda su complejidad social, y es a

partir de ello que cuestionan las “soluciones” propuestas tanto a nivel político como sanitario. Como señala De la Fuente:

Fundamentalmente alcohol y/o alcoholización forman parte importante de un complejo núcleo de factores que mantienen al indígena como individuo, familia y comunidad en un nivel económico y social inferior. Esto no es en todos los casos resultado directo del alcoholismo y la alcoholización, sino del complejo social, político, religioso y cultural que incluye a ladinos e indios y da al alcohol un rol tan preponderante... (1954, p. 92-93)

Por lo cual, es importante consignar que De la Fuente prefiere hablar de pauperismo crónico que de alcoholismo crónico, ya que coloca el problema en las condiciones económico-políticas y culturales dominantes, y no en el alcohol en sí. Este autor considera que las medidas aplicadas contra el alcoholismo por el sector salud y por el Instituto Nacional Indigenista han fracasado por varios factores:

...1) por la transitoriedad que las campañas tienen; 2) por la falta de oferta de elementos sustitutivos del licor, que son más convincentes que las conferencias, los deportes y otros medios semejantes; 3) por la ausencia de una labor y plan conjunto, que realizaran en forma organizada todos los organismos encargados de un trabajo modificador de las condiciones de vida y cultura del indígena y del campesino; 4) por la habitual falta de respeto a las leyes, incluso por los encargados de aplicarlas; 5) por la presencia de un elemento desacreditador de la autoridad del Gobierno y de las leyes, como lo eran los rematantes y como lo es el Monopolio alcoholero, que incrementa la falta de respeto a las leyes y autoridades. (De la Fuente, 1954, p. 96)

El desarrollo de la antropología mexicana sobre el alcoholismo culmina con estos dos trabajos sobre Chiapas que, por otra parte, están directamente conectados¹⁰, ya que a partir de mediados de la década de 1950 prácticamente desaparecen los estudios antropológicos mexicanos sobre alcoholismo, y solo encontramos en la década de 1970 algunos materiales secundarios y que tuvieron muy poca trascendencia. Sin embargo, el alcoholismo siguió

¹⁰Pozas trabajó como antropólogo en la investigación coordinada por De la Fuente.

siendo un grave problema, por lo menos de salud pública; por lo cual considero que el abandono de su estudio se debió, por lo menos en parte, a que los antropólogos nacionales trataron de “proteger” a los grupos étnicos de estereotipos negativos. Esto, tal vez, inconscientemente se articulaba con la escasa importancia real que el aparato médico-sanitario mexicano otorgaba al alcoholismo a nivel de la sociedad en general, y no solo de los grupos indígenas, pese a reconocerlo como un grave problema de salud.

Junto con la producción antropológica mexicana específica, contamos con trabajos antropológicos nacionales, cuyo objetivo no es el alcoholismo, pero que hacen referencias a este; encontrando que esta producción avala en gran medida las conclusiones alcanzadas hasta ahora. Así, prácticamente la totalidad de los autores consultados señala la integración del alcohol a la vida social y cultural, da cuenta de los grandes volúmenes de bebidas alcohólicas consumidas, pero concluye que no existe el alcoholismo como enfermedad. La integración sociocultural de la ingestión de alcohol es descrita a través de las funciones alimentaria, económica, religiosa o política del alcohol y, en algunos casos, se subraya la decisiva importancia ocupacional que la producción de alcohol implica. Según Fabila, las regiones donde se da el maguey pulquero son paupérrimas, y el pulque constituye su mayor riqueza, de no tenerlo no podrían sobrevivir:

De ello se deduce que el maguey de pulque debe desarrollarse [...] para favorecer las necesidades de la población rural [y agrega] cuando escuchamos discursos prometiendo ayuda para los campesinos pobres en esas regiones para librarles de la miseria o para hacérsela más llevadera; cuando leemos planes de fomento económico de las mismas y a la vez escuchamos o leemos admoniciones tremendas contra el pulque, la embriaguez y el vicio de pulque no podemos menos que sentirnos escépticos, al ver cuánta ignorancia o cuánta impreparación sobre las necesidades de la población campesina y sobre nuestros recursos naturales. (Fabila, 1951, p. 309-310)

Justamente, varios de los trabajos que hacen referencia a la problemática de la alcoholización, no solo toman en cuenta la función social, sino también la ocupacional, en ellos emergen ambas funciones como estructurales para la reproducción del grupo en cuestión, y señalan que las soluciones al problema del alcoholismo no pueden ser mecánicas. Esta interpretación se relaciona, además, con la defensa del pulque como alimento y con el cuestionamiento del estigma generado sobre el alcoholismo indígena por los grupos dominantes.

En la mayoría de estos trabajos domina una interpretación del alcoholismo que se relaciona con el funcionalismo cultural integrativo, que trata ideológicamente de desestigmatizar el alcoholismo indígena. Y así encontramos que, mientras que la ingestión excesiva o no de los grupos indígenas no es percibida como enfermedad —sobre todo como enfermedad mental— ni tampoco como desorganización social, los patrones de alcoholización de los “mestizos” casi invariablemente son descritos en términos psicopatológicos o anómicos. Así, por ejemplo, Arias, al describir las características de los maestros tzotziles y tzeltales que, según este autor, están en algún punto de transición entre los indios y los ladinos (mestizos), propone que “para muchos de ellos, beber se ha constituido en el principal medio de escapar a su yo, que inevitablemente plantea la pregunta universal: ¿quién soy? Tal pregunta provoca el sufrimiento constante de esos seres en transición, razón por la cual muchos prefieren no contestarla” (Arias, 1975, p. 107). Estos sujetos y grupos se sentirían vacíos, han dejado su cultura tradicional y no la han remplazado con otras significaciones, beben para escapar al sentimiento de vacuidad, y no como los indígenas, que lo hacen por razones ceremoniales.

Debe subrayarse que las concepciones culturalistas integrativas asociadas a la negación del alcoholismo o de sus consecuencias son más relevantes en los trabajos que solo hacen referencia al proceso de alcoholización, que en los que focalizan esta problemática. Mientras que en estos se plantea la negatividad o por lo menos el conflicto entre consecuencias y funciones, en los trabajos antropológicos no específicos la alcoholización adquiere casi unilateralmente características positivas, llegando incluso a negar la existencia del alcoholismo entre los indígenas. Esto contrasta con estimaciones como las de Mendieta y Núñez, según quien el 50% de la población tiene problemas de alcoholismo, las de Marroquín (80%) o las de Velazco Fernández (50%), así como con los datos más recientes obtenidos por el programa IMSS-COPLAMAR.

El reconocimiento de la existencia del alcoholismo y de sus consecuencias negativas implicaría la obtención de información, y un tipo de análisis que la mayoría de estos autores no realiza. La evidente relación del alcohol con las agresiones, con la mortalidad por cirrosis hepática, con la limitación de la esperanza de vida son poco mencionadas; y respecto del alcoholismo como concepto no se va más allá de un relativismo cultural, que reduce la “normalidad” de la ingestión alcohólica a los patrones culturales dominantes.

Podemos entonces observar que en la producción antropológica mexicana desarrollada entre 1930 y 1979 domina una tendencia según la cual en una etapa inicial y en trabajos que específicamente discuten el alcoholismo tienen relevancia los aspectos políticos, económicos y de control social, importancia

que tiende a disminuir e incluso desaparecer en los trabajos ulteriores, sobre todo, en los no específicos. En la producción antropológica mexicana que va de la década de 1930 hasta finales de la década de 1950, la referencia a la producción y control de la producción de alcohol por los sectores dominantes fue una constante que supuso asimismo analizar el papel negativo del Estado.

Según Siegfried Askinasy (1939), el desarrollo del alcoholismo aparece impulsado por los propios gobiernos de los estados, ya que la parcelación de los grandes latifundios redujo una parte sustantiva de sus ingresos, por lo que fomentaron la producción y el consumo de alcohol e indirectamente del alcoholismo, que les garantizaba entradas por conceptos de licencias de producción y venta de bebidas alcohólicas.

En el caso de Chiapas, el Estado favoreció el monopolio de la producción y distribución de bebidas alcohólicas; pero, además, al prohibir la producción de alcoholes de baja graduación, favoreció el consumo de bebidas de alta graduación, sobre todo entre los grupos indígenas. Diversos autores nacionales (Pozas, De la Fuente) y extranjeros (Kohler, Nash) han descrito este proceso para Chiapas, donde intereses económicos y sociales organizados han generado enfrentamientos violentos. Así, los introductores de licor de contrabando se organizaron en un sindicato de autodefensa (Nash, 1975), y los intereses divergentes de productores mestizos y el Estado, por una parte, y de los indígenas, por otra, se tradujeron en frecuentes episodios de asesinatos (Kohler, 1975). Es en torno a la producción y consumo de alcohol que se constituye gran parte de las relaciones de hostilidad entre indios y mestizos; situación que, salvo los autores citados, no es tomada en cuenta en los análisis de la alcoholización como proceso integrador.

Si bien los materiales antropológicos no específicos hacen escasas referencias a las condiciones económico-políticas, sí suelen ponderarse las funciones del alcohol como integrador social. Este énfasis contrasta con la carencia de análisis de procesos culturales, en los que la función del alcohol aparezca, por lo menos, como conflictiva. Así, la relación alcoholización-brujería, o alcoholización-pérdida del alma, de notoria significación cultural en numerosos contextos étnicos, aparece mencionada e incluso descrita pero, salvo excepción, sin analizar la amenaza, negatividad y muerte que esta asociación supone, y su articulación conflictiva o contradictoria con las funciones de integración.

Es también interesante señalar la poca relevancia analítica que se da al papel del alcohol como instrumento de la violencia hacia la mujer. Se cita esta situación, pero salvo excepciones —como los trabajos de Pozas (1952) y de Sedeño y Becerril (1985)— no tenemos descripciones etnográficas de esta relación, que se reitera en numerosos grupos étnicos y no solo en los

mestizos, sean estos rurales o “marginales urbanos”. Los materiales antropológicos expresarían criterios de integración cultural contruidos exclusivamente a partir de patrones socioculturales masculinos, que parecen suponer tácitamente a la violencia antifemenina como una pauta normal de integración cultural y social.

Es decir, es una antropología que, salvo excepciones, no pone de relieve la aparente contradicción que existe entre el papel del alcohol como integrador-pertenencia-identidad sociocultural y, al mismo tiempo, como generador de violencias entre varones y de violencias masculinas hacia la mujer dentro de las propias comunidades. Y digo aparente contradicción, porque en términos etnográficos y teóricos no lo es, dado que el alcohol es un normalizador del sentido cultural y legitimador de dichas violencias.

Antropología cultural: la alcoholización como integración cultural

La producción antropológica de origen no mexicano sobre alcoholismo en México no solo es más numerosa, sino que ha mostrado una notable continuidad. Dicha producción se concentra en las décadas de 1960 y 1970, pero cuenta con un temprano aporte fundamental para la antropología del alcoholismo en México, así como para la producción antropológica en general. Como ya vimos, para muchos especialistas, el trabajo de Bunzel (1940) constituye el primer aporte de importancia para una etnografía del alcoholismo, y el primer intento de elaboración seria de esta problemática a nivel antropológico. Pero, además, es un trabajo de notoria influencia en la antropología del alcoholismo en Chiapas, estado en el cual la antropología mexicana y la estadounidense han trabajado más el tema de la alcoholización¹¹.

El trabajo de Bunzel sentó las pautas de toda una serie de aspectos en torno a los cuales la antropología del alcoholismo, o mejor dicho de la alcoholización, organizará su enfoque. Según Heath (1976), este trabajo supuso el establecimiento de nuevos niveles de calidad en la descripción etnográfica al utilizar lo que puede denominarse “comparación controlada”; incorporó explícitamente conceptos psicoanalíticos a la discusión de la socialización infantil, y anticipó muchas de las cuestiones claves que se discutirían ulteriormente como son la relación del alcohol con la personalidad, la estructura de la socialización infantil o la funcionalidad y disfuncionalidad del alcohol.

¹¹Tanto Pozas como De la Fuente hacen referencias explícitas al texto de Bunzel y, en el caso de De la Fuente, es el único trabajo que cita.

Pero, además, como ya lo señalamos, la propia Bunzel en un “reexamen” de su investigación, nos indica que su foco no lo constituía el alcohol ni el alcoholismo, sino los hábitos y costumbres y el comportamiento sociocultural hacia el alcohol, así como la relación de este con el contexto cultural global y los condicionamientos culturales que se expresan a través de los comportamientos alcoholizados. Como ya vimos, esta aproximación sería la dominante en la producción antropológica, ya que los usos del alcohol expresan y simbolizan mecanismos comunitarios que hallan justamente en el alcohol un instrumento privilegiado de expresión. Si la antropología evidencia un interés especial por el alcohol es porque constituye un articulador, un procesador que permite el análisis cultural de algunas de las principales expresiones sociales y simbólicas ocurridas a partir de su uso colectivo e individual en la vida cotidiana.

Bunzel plantea el consumo de alcohol en Chamula tanto como un problema negativo como un organizador sociocultural. Ahora, si bien en su propuesta teórica utiliza variables psicológicas, así como referencias a la teoría psicoanalítica como explicativa, su análisis, sin embargo, se maneja en las dimensiones culturales y económico-políticas. Consideramos que esto se pone de manifiesto, sobre todo, cuando la autora diseña estrategias de intervención:

Sería imposible resolver el problema del alcoholismo en comunidades como Chamula y Chichicastenango mediante los enfoques de la terapia individual. Como problema social, el alcoholismo debe ser atacado tomando en consideración los factores etiológicos y los roles sociales y psicológicos que desempeña en la cultura. La primera parte de un programa tendría que hacer frente a las causas externas. El ataque al tráfico de aguardiente debe ser dirigido contra todos aquellos que comercian directa e indirectamente, favoreciendo la degradación de la población indígena. (Bunzel, 1940, p. 386)

Pero según Bunzel, eliminado este tipo de producción, los propios indígenas lo producirían; concluyendo que una prohibición radical generaría consecuencias negativas, por lo que solo puede actuarse tomando en cuenta la funcionalidad y desempeño del alcohol en cada sociedad. Además, Bunzel propone que, mientras que en uno de los casos estudiados la solución pasa por encontrar sustitutos adecuados al consumo de alcohol y, sobre todo, por tomar en cuenta y actuar a partir de la relación madre-hijo; en el otro, habría que tratar de disminuir tanto la hostilidad intrafamiliar como otras situaciones generadoras de conflicto, proponiendo para ello desde medidas

económico-ocupacionales hasta educacionales. Pero estemos o no de acuerdo con la interpretación de Bunzel, uno de los aspectos más importante de su análisis, es que ella refiere los usos de alcohol, en los dos contextos estudiados, a las dimensiones económico-políticas, socioculturales y psicológicas, las que no fueron utilizadas en la mayoría de los trabajos posteriores que asumieron el enfoque culturalista integrativo o, en el mejor de los casos, utilizaron solo las dimensiones sociocultural y psicocultural.

Bunzel incorpora la dimensión psicológica en forma protagónica, dado que su trabajo se incluye en la tendencia ascendente de lo que se llamaría antropología psicológica dominada, en la década de 1940, por las escuelas de cultura y personalidad. Pero a nuestro juicio, la investigación de esta autora junto con otros aportes singulares —como el de Linton (1945a) basado en gran medida en su estudio sobre los Tanala (1945b) y sus propuestas— constituyen algunos de los empeños más notables para articular las tres dimensiones enumeradas. Más aún, considero que estos trabajos, al igual que algunas expresiones del freudomarxismo de la década de 1930, representan los intentos más interesantes de superar tanto el culturalismo como el economicismo, tratando de articularlos con la “personalidad”. La crisis de estas tendencias, producto en gran medida de la absolutización de la dimensión psicológica, ha conducido a que gran parte de la producción antropológica, por lo menos en América Latina, haya ignorado históricamente dicha articulación, y excluido la dimensión psicológica o, si se prefiere, al sujeto. Más aún, resulta interesante que la recuperación del sujeto por una parte de las corrientes actuales en América Latina ignore el desarrollo de las propuestas generadas entre 1930 y 1950, y se consideren, frecuentemente, como las “descubridoras” de la subjetividad.

Los trabajos que se generan en las décadas de 1960 y 1970 tampoco estudian el alcohol o el alcoholismo en sí, sino su funcionalidad y articulación sociocultural. La ingestión de alcohol, aun cuando sea excesiva y continua, no es analizada en términos de enfermedad, salvo en la investigación de Fromm y Maccoby ya citada, aunque pueda emerger como problema. El énfasis de estos trabajos está colocado en la función integradora del consumo de alcohol, variando desde un máximo en las investigaciones de Laughlin (1962) y de Madsen y Madsen (1969) hasta un mínimo en las de Fromm y Maccoby (1967) y De Walt (1979)¹².

¹²En EEUU, desde mediados de los años cincuenta y sobre todo durante la década siguiente, dado el “descubrimiento” de las problemáticas de la salud mental colectiva, del alcoholismo y de la “pobreza”, se derivaron hacia la investigación de esas problemáticas importantes fondos estatales y de fundaciones privadas. Incluso, una gran parte de la investigación realizada en

Aunque, sin embargo, la violencia potencial y/o ejercida está presente en varios análisis del alcoholismo, lo cual conduce a Kearney (1971) a proponer, para el grupo estudiado, la existencia de una ambivalencia hacia el consumo colectivo de alcohol: si bien supone el control de la violencia, al mismo tiempo la potencia, de tal manera que la violencia puede emerger como parte de la integración cultural de un grupo.

De la mayoría de los trabajos analizados surge que, explícita o implícitamente, los grupos saben de estas consecuencias potenciales, pero las reglas dominantes afirman las funciones de integración ideológica y social del consumo de alcohol. Y algo similar encontramos en estudios como el de Metzger (1964), quien describió con particular especificidad las relaciones potenciales entre enfermedad-brujería-alcoholización, que pueden generar la muerte de personas. De su análisis se desprende que prácticamente todo caso de alcoholismo puede ser producto de embrujamiento; es decir que el dominio de una concepción teórica integrativa se hace incluyendo los procesos que objetivamente afectan de forma negativa a los grupos étnicos estudiados, pero que siguen subrayando el papel integrativo del alcohol, el cual se da frecuentemente dentro de procesos ambivalentes.

Si bien la enfermedad mental no es reconocida en la producción antropológica analizada sobre alcoholismo, sí lo son la condición de posborrachera (cruda) y la asociación con algunas enfermedades, especialmente, cirrosis hepática. Del trabajo de Metzger surge que el 76% de los hombres, que informaron en Aguacatenango, ha tenido enfermedades como consecuencias del consumo de alcohol. El citado Kennedy para los tarahumaras, y Pennington (1969) para los tepehuanes demuestran cómo el uso del maíz para producir una bebida alcohólica fermentada incide decisivamente en las condiciones de desnutrición y carencia de alimento. Pennington analiza cuantitativamente las cantidades disponibles de granos para comer y sembrar, y concluye: “actualmente (1960-1965) los indios informaron problemas de hambre y de carencia de semilla para sembrar; y ello es debido a la gran cantidad de granos utilizada en la producción de tesguino” (1969, p. 65 y 90). A su vez Cancian (1965) y El Guindi (1986) proponen estimaciones del gasto en alcohol con fines ceremoniales (sistemas de cargo, velorio del angelito) que evidencian que el consumo de alcohol implica las mayores inversiones económicas de estos grupos, comparada con cualquier otro producto.

Latinoamérica sobre estas temáticas sería financiada por medio de fondos internacionales. En el caso del alcoholismo, el impresionante incremento de fondos en el NIAAA impulsó en forma notable las investigaciones antropológicas y sociológicas sobre el proceso de alcoholización, la violencia y, al mismo tiempo, sobre su potencialidad.

Por otra parte, aquellos trabajos que buscaron establecer de forma precisa patrones excesivos y patológicos de consumo de alcohol hallaron valores que superan notoriamente los datos propuestos por la investigación epidemiológica. Nos referimos tanto al trabajo de Maccoby (1965), al de De Walt (1979) y, sobre todo, al de Romanucci-Ross (1973). En una comunidad de Morelos esta autora encontró que: “del total de 165 hombres mayores de veinte años de edad, 29 (17,6%) eran alcohólicos y 27 (16,3%) eran bebedores excesivos. El total de 56 hombres constituye el 34% de todos los varones de la comunidad” (Romanucci-Ross, 1973, p. 137). A su vez, De Walt halló que un 36% de los ejidatarios de una comunidad cercana a Temascalcingo podían ser considerados como “bebedores excesivos”. Ambos antropólogos utilizaron básicamente técnicas cualitativas para la obtención de la información, que les permitió llegar a estas conclusiones, pero este tipo de información no suele ser buscada por la investigación antropológica realizada sobre alcoholismo en México.

Si bien la mayoría de las investigaciones antropológicas sobre la ingestión de alcohol es analizada en términos de relaciones sociales, de expresión simbólica, de patrones culturales, De Walt (1979) ha señalado que existen muy pocos trabajos antropológicos que den cuenta de la variabilidad cultural y social intracomunitaria; la alcoholización es descrita expresando casi siempre la homogeneidad cultural y social, salvo en dos situaciones: la relación indio-mestizo y la referida a grupos protestantes. En la producción antropológica no existen descripciones ni análisis relevantes en términos de estratificación social. Si bien Madsen y Madsen (1969) trataron de dar cuenta de la instrumentación que las clases sociales media y alta mexicana hacen del alcoholismo; sin embargo, su análisis es superficial y no cuenta con la información que avale las conclusiones propuestas. Más aún, contrasta la debilidad de la etnografía generada sobre estas clases, con la desarrollada para el grupo mestizo y, sobre todo, para los grupos étnicos. El análisis de estos autores mezcla, sin precisión conceptual que los articule, criterios culturales y sociales de estratificación social; pero en su análisis, son los procesos aculturativos los determinantes y no las relaciones de clase.

En el análisis de Madsen y Madsen, el consumo de alcohol tampoco conduce a enfermedad mental en el grupo indígena, aunque sí en el mestizo; señalando que en el primer caso el consumo de alcohol es considerado integrador, mientras en el segundo patológico. Según estos investigadores, el proletariado mestizo (*sic*) carece de identidad colectiva, dado que esta es un prerrequisito cultural del consumo de alcohol socialmente integrado. Los mestizos se caracterizan por la competencia individual por la riqueza y el estatus, eliminando la posibilidad de colaboración típica de la comunidad indígena; el alcoholismo patológico expresaría las condiciones negativas de

vida de individuos “atrapados entre dos culturas”. Un planteo tipológico e ideológico similar utilizan Kay y Metzger (1973) para Tenejapa (Chiapas); proponiendo también el consumo indígena como integrado y el ladino como patológico. En estos se da una ingestión individual e irregular que puede considerarse “alcohólica”, la cual está ausente en los indios de Tenejapa y de otras comunidades. En estas comunidades indígenas, la utilización simbólica de la bebida previene la existencia de conductas individuales y anómicas.

En estos análisis de base tipologista, cuya referencia está en el culturalismo integrativo, se absolutizan los tipos (o los estilos) culturales como si fueran realidades; y las consecuencias negativas de la ingestión de alcohol son consideradas inexistentes para las sociedades indígenas, aun cuando en sus propias descripciones aparezcan consecuencias objetivamente negativas. El dominio de una interpretación emic centrada en la percepción integrada, que inconsciente o no conscientemente opaca o excluye de la mirada antropológica el homicidio, la escasez de alimento o la explotación patronal, es producto de un manejo ideológico de sus “teorías” por parte de estos antropólogos.

En estos trabajos, el beber colectivo se considera integrativo y no patológico ni problemático, mientras el beber individual es considerado potencialmente patologizante, lo cual se articula con concepciones biomédicas similares. Pero ocurre que, en los sectores sociales no indígenas mexicanos, la mayoría del consumo también es social y colectivo; en dichos sectores sociales, no solo se bebe colectivamente en los ceremoniales comunitarios, sino en lugares especiales para consumir alcohol (cantinas, pulquerías, cervecerías, etc.), pero también en estadios de fútbol, cines, teatros, corridas de toros. Si bien los patrones de obligación social no adquieren la determinación ritual que opera en las sociedades consideradas corporadas, en los espacios públicos y aun privados señalados, se establecen condiciones socioculturales compulsivas para beber.

El beber solitario que, tanto para los médicos como para los antropólogos, es un indicador potencial de conducta patológica o problemática, se correlaciona con la fuerte tendencia ideológica de los antropólogos a ponderar positivamente las sociedades integradas. Como señala Babow (1974), el mito de que el bebedor solitario es una condición negativa *per se* corresponde a la idea de que el que bebe de manera aislada no puede ser controlado socialmente o puede escapar al control social. De manera tal que, quien bebe, aun en grandes cantidades, pero respetando las reglas comunitarias, no será considerado alcohólico, mientras que quien no respeta las regulaciones culturales, aun bebiendo poco, puede ser reputado de alcohólico. Será la comunidad la que imponga los criterios de normalidad/anormalidad; más aún, lo colectivo garantizaría lo no patológico, mientras lo individual sería potencialmente problemático.

Como hemos venido subrayando, la producción antropológica maneja una serie de presupuestos ideológicos que orientan las interpretaciones y conclusiones “científicas” respecto del alcoholismo en términos de normalidad o de patologización. Y así, el consumo individual o solitario será considerado como potencialmente “dependiente”, como consumo psicotrópico, como enfermedad; mientras el consumo social y colectivo será considerado social y culturalmente como integrador, que tácita o explícitamente aparece como positivo. Pareciera que para los analistas la ingestión colectiva de bebidas alcohólicas que conduce a poder hablar, a agredir, a estar con otros, no cumpliera funciones psicotrópicas, o que el efecto psicotrópico fuera secundario respecto de la integración social obtenida.

Se dice que el beber integrado es social, pero esta afirmación es una tautología: requiere que se explique por qué se necesita beber para cumplir con esa sociabilidad. Respecto de numerosos contextos se señala la función simbólica que cumple el alcohol, pero la misma puede convivir con violencias relacionadas con los usos del alcohol; más aún, la violación de mujeres o el homicidio de varones pueden ser parte de esa función simbólica, para lo cual además se puede llegar a beber psicotrópicamente o no.

Considero que la relación homicidio/alcoholización constituye uno de los casos más relevantes de ese uso simbólico y psicotrópico del alcohol. Y así, por ejemplo, Romanucci-Ross, en su análisis de la trayectoria de los homicidios en una comunidad del estado de Morelos (México), documenta que en dicha comunidad encontró solo unos pocos casos en que los hombres matan o generan violencia sin haber bebido alcohol, ya que este es un componente necesario para la producción de violencia. Según la autora:

...la mayoría de los hombres de la comunidad son muy diferentes estando sobrios o bebidos. Cuando están sobrios frecuentemente están apartados, depresivos, hoscos y aislados. Cuando toman se vuelven sociables, eufóricos, generosos y cuando beben más pasan a la irritabilidad y a la agresión. (1973, p. 145)

Es decir, el alcohol sería un componente simbólico necesario en la realización de agresiones, incluso de agresiones homicidas.

Este tipo de interpretación contrasta con las generadas desde perspectivas médico-psiquiátricas, como podemos observar en el caso del concepto de “dependencia”, el cual está referido exclusivamente a sujetos, y no a conjuntos sociales. Desde la perspectiva médico-psiquiátrica dominante, el concepto de dependencia implica la inevitabilidad de consumir alcohol por el sujeto “dependiente”. Pero ocurre que esta “determinación” puede ser claramente

percibida en los conjuntos sociales; más aún, en varios de los principales trabajos antropológicos sobre México aparecen descriptos los patrones sociales y culturales de ingestión de alcohol en términos de obligación social y cultural, y respecto de los cuales la negación o rechazo puede acarrear conflictos graves e incluso la muerte. A nivel colectivo estamos ante una “dependencia” construida social e ideológicamente, que no es considerada como dependencia ni calificada con un concepto equivalente en los análisis antropológicos, y solo es concebida como integración. Pero lo interesante, es que esta “dependencia” sociocultural no ha sido siquiera reflexionada por las tendencias médico-psiquiátricas locales.

Si nosotros referimos el concepto de dependencia al consumo colectivo es para que aparezca más evidente el sesgo ideológico dominante tanto en los análisis antropológicos como médico-psiquiátricos, ya que es la definición *a priori* de integrado y dependiente lo que establece como patológico un consumo individual y como no patológico un consumo social. No obstante, necesitamos reflexionar sobre ¿qué significa pensar como integrado y no patológico, un consumo de alcohol que posibilita la explotación económica, la discriminación ideológica o la violencia contra la mujer a nivel social? Por lo que tendríamos que reflexionar sobre dos posibles dependencias al alcohol: una, que se ejerce a nivel individual y otra, que se ejerce a través de la comunidad. La situación de esta doble dependencia necesita ser recuperada en un análisis que supere la ambigüedad de este concepto pero que, sobre todo, permita explicar las aparentes contradicciones que se observan en el manejo individual o colectivo del consumo.

Hay dos trabajos ya citados que son relativamente marginales respecto del enfoque dominante. Me refiero al de Maccoby y Fromm y al de De Walt. Ambos parten de objetivos similares; el primero, trata de describir y explicar los trastornos emocionales que obstaculizan el progreso humano y material de sectores campesinos; y el de De Walt, busca establecer si la ingestión de alcohol excesiva interviene negativamente en las estrategias de modernización. En ambas investigaciones hay un objetivo aplicativo y, además, retoman en forma no explicitada una problemática que desde finales del siglo XIX preocupó a los sectores sociales dominantes: es decir, el papel del alcohol en la productividad, en el progreso material y en la generación de pobreza.

A su vez, los materiales de Stross y de Dennis ameritan algunos comentarios específicos. El primero, porque constituye hasta ahora el único aporte socioantropológico respecto de uno de los principales espacios de interacción social basados en el consumo de alcohol: no conocemos ningún otro trabajo antropológico que se haya hecho sobre pulquerías, cervecerías, bares o cantinas en México. El de Dennis porque analiza el papel del alcohol dentro

de espacios públicos de tipo político. En ambos trabajos, la alcoholización aparece como construcción social; concepción que, como se señaló, puede rastrearse en el desarrollo de la producción antropológica específica y, en el caso mexicano, puede encontrarse en Kennedy, Kearney, Favre, Pozas e incluso en Stross.

Para Stross (1967) la “cantina” aparece como el espacio donde determinadas conductas pueden ser representadas, tanto para los hombres, como para un tipo especial de mujer. La carencia de una etnografía urbana ha conducido a ignorar o secundarizar los procesos que evidencian que, en el medio urbano, los actores necesitan seguir construyendo espacios especiales de interacción y de representación social y cultural. La cantina constituye un lugar de relaciones y de representaciones sociales, donde pueden desatarse determinadas conductas agresivas y amistosas; no tiene la institucionalización sacra de la tesguinada tarahumara, pero tanto una como otra suponen espacios culturales colectivos de representación social de diferentes formas de consumo de alcohol, incluida la borrachera.

La cantina, la pulquería y, por supuesto, la fiesta son espacios donde se representan las formas de beber transgresoras y no transgresoras; lugares donde se puede “hablar”, donde se está acompañado, donde emergen los afectos, pero donde también se puede morir. Prácticamente casi toda fiesta implica la posibilidad (necesidad) de muertes en Jamiltepec (Oaxaca); incluso las fiestas fracasan si no hay muertos (Flanet, 1977, 1986). Pero la fiesta es también el escenario en el que colectiva e individualmente se puede seguir bebiendo durante días; si bien este beber es social, una etapa del mismo se convierte frecuentemente en un beber de *cuates* (amigos) o en *cruda* solitaria.

Beber y embriagarse suponen dos importantes posibilidades sociales de hablar y actuar no responsablemente; lo cual ha sido señalado para la casi totalidad de los grupos y sectores sociales analizados. Se asume que el “borracho dice la verdad” y que su conducta, sea cual fuere, debe ser disculpada; e incluso las transgresiones más penalizadas, en estado de borrachera suponen un castigo menor. Según Metzger (1964), en Aguacatenango, las personas embriagadas deben ser excusadas de cualquier acto que cometan; más aún, la bebida se usa para representar un papel que les evite problemas a los sujetos; así, individuos que temen que miembros de la comunidad los agredan pueden resolver emborracharse y así dejar de ser responsables de sus actos y evitar conflictos. Una persona embriagada puede llegar a acusar a alguien de brujo, lo cual en situación de sobriedad implicaría un grave peligro de muerte, en algunos contextos.

Hay una suerte de dialéctica cultural inconsciente entre la representación (simulación no consciente/consciente instituida) y la posibilidad de la verdad,

que los diferentes grupos juegan para diferentes situaciones sociales. En Tehuantepec (Oaxaca) hay un “trastorno emocional” denominado pega-triste, el cual contraen niños y jóvenes por haber visto un acto sexual no permitido. La curación radica en que el “paciente” relate públicamente lo que observó; pero si este se niega a contar, se lo emborracha con anisado o mezcal para que lo relate (Garate, 1960). La embriaguez permite decir la verdad (la verdad del embriagado) y, al mismo tiempo, disculpar al que habla. El alcohol se constituye en el “otro” cultural que controla, que tiene la verdad, que evita la responsabilidad.

Dennis (1975), en su análisis de una comunidad oaxaqueña, justamente trata de articular la irresponsabilidad, el derecho a hablar y criticar, que se supone desempeña el rol del borracho. La embriaguez constituye la máscara que permite la transgresión y, en determinado caso, la crítica de las instituciones, donde el borracho expresa al conjunto social de pertenencia y donde este se reconoce/desconoce en su “irresponsabilidad”, ya que según este autor:

En un banquete ofrecido en honor de un destacado visitante, el delegado regional de educación pública, hubo algunos discursos de sobremesa. Durante varios años el pueblo había estado demandando un segundo edificio escolar [...]; el “delegado” había sido de poca ayuda, de hecho, se le veía como un obstáculo en la obtención de la nueva escuela. Mientras él ofrecía un pomposo discurso, lleno de floridas promesas, un borracho que lo había estado escuchando por detrás de la multitud se aproximó y se paró junto a la mesa, lo llamó mentiroso, le preguntó por qué no había cumplido ninguna de sus promesas anteriores y le gritó que no creería en ninguno de sus nuevos ofrecimientos. La muchedumbre se quedó perpleja y apenada, pero también “divertida”. El borracho había afirmado, aunque de manera forzada, la posición real del pueblo, la cual difería considerablemente de la apreciación diplomática que las autoridades locales fingieron durante el banquete. Para las autoridades hubiera sido suicida tomar una posición tan drástica, que al borracho le estaba permitida. (Dennis, 1981, p. 355-356)

El embriagado habla por los demás en determinados contextos, pero también habla por él, y esa locuacidad, ese “hablar demás”, puede conducir a su propia muerte o a la muerte de otros. La representación del consumo de alcohol exige escenarios para la alcoholización integrada, donde los actores representan papeles y practican conductas que incluyen transgresiones; pero esta integración colectiva puede implicar frecuentemente la muerte individual. Según algunos autores (Kearney, 1971; Flanet, 1986) la alcoholización

intensifica la experiencia emocional del presente, y esta intensificación transforma momentáneamente la realidad (el escenario), implicando una alta potencialidad de eliminar la existencia de alguno de los actores.

La representación cultural de la alcoholización, la intensificación del tiempo cotidiano, adquieren su carácter más transparente en las ceremonias del carnaval en Los Altos de Chiapas. Si bien dichas ceremonias presentan rasgos diferenciales en Chamula, Zinacantan o Chenalho, en todas estas comunidades tiende a cumplir la misma función de transgresión institucionalizada, de apropiación de roles, de construcción de situaciones en que se viola la normatividad. El carnaval

...es un periodo de libertinaje y negligencia general; los hombres que se disfrazan de negros o ladinos disfrutan de una borrachera de cuatro días a expensas de otros. Durante cuatro días y cuatro noches se libera de las restricciones morales que normalmente se aplican a los zinacantecos [Y agrega] La fiesta de Carnaval es para los chamulas, un periodo de libertinaje y maldad, que marca el fin de año viejo. Es una época en que los hombres se liberan de sus inhibiciones personificando a monos. Los monos “independientes” se entregan a una orgía de embriaguez y violencia, peleando ciegamente con amigos y enemigos por igual y golpeándolos con látigos. Presenció varias peleas entre los parientes de pasión, incluso entre mujeres, originadas por falta de sueño y excesivas libaciones rituales [...] Así la fiesta está marcada por un trastorno social verdadero y no solo simbólico [...] En un sentido real, se “pierde” gran parte del valor social durante la fiesta de Carnaval. (Bricker, 1986, p. 75, p. 122)

Esta representación cíclica exige como condición necesaria la alcoholización de los sujetos y conjuntos sociales y, en particular, de los que juegan los roles protagónicos de la transgresión.

El alcohol aparece como un instrumento privilegiado de la relación regla-transgresión; pero cuando la transgresión es cotidiana, o por lo menos tiene una muy alta frecuencia, se hace difícil aplicar el concepto de transgresión. Esto ocurre en el caso de numerosos contextos nacionales, sobre todo referido a la relación alcoholización-violencia, incluido el homicidio. Posiblemente, el citado trabajo de Romanucci-Ross sea el que con más detalle haya descrito este proceso de violencia, en el que la alcoholización es parte del ceremonial del acto homicida. En la comunidad analizada, que tiene una tasa de homicidios de 1,78 por 1.000 habitantes para el lapso comprendido entre 1927 y 1960, prácticamente toda violencia y todo homicidio aparecen ligados a la

alcoholización del victimario y frecuentemente de la víctima; incluso la autora propone un esquema del “homicidio típico”, cuya secuencia sería: celos - *coraje* (enojo, rabia) - alcoholización - violencia - muerte.

La alcoholización puede ser un medio de transgresión que refuerza la regla dominante y ser, además, parte estructural del código cultural vigente, que puede tener muy poco que ver con los códigos oficiales. Tanto en el caso del carnaval, como del homicidio alcoholizado, como en el de otros procesos comunitarios, se construyen escenarios sociales y culturales en los que se representan los procesos de transgresión o de afirmación de la masculinidad, como también de control mediante brujerías. Uno de los principales escenarios de la alcoholización, posiblemente uno de los más recurrentes, es el espacio de las relaciones familiares y, sobre todo, de la triada esposo, esposa, hijos en numerosos contextos étnicos y sociales, donde se verifica la permisividad diferencial en el uso del alcohol. El alcohol, dentro de estas relaciones, simboliza no solo el estatus de masculinidad y femineidad diferenciales sino, sobre todo, el ejercicio de determinadas identidades. La alcoholización no solo es vehículo, sino que simboliza la potencialidad de la violencia masculina y paterna hacia la mujer y los hijos, y también, más que ningún otro elemento, el ciclo unión-abandono de la mujer. Más aún, en algunas descripciones etnográficas y clínicas la relación alcohol-abandono constituye casi una estructura de la relación varón-mujer.

Romanucci-Ross encontró que en 69 de las 169 familias que componen la localidad estudiada por la autora, se generaron 72 episodios de adulterio y se produjeron 25 casos de separación efectiva. El alcoholismo del varón supone la posibilidad estructural de abandono y de agresión física de la mujer; por lo cual, la autora concluye: “La mujer mexicana tiene una expectativa permanente de ser abandonada y construye una imagen del hombre como irresponsable, arbitrariamente violento hacia ella y sus hijos, alcohólico o casi alcohólico y adúltero” (1973, p. 56). Esta imagen se verifica en la práctica social en la que los homicidios ligados a la alcoholización, y frecuentemente relacionados con “celos”, conducen al homicida al abandono simultáneo de la comunidad y de la mujer.

Pero, además, la relación alcohol-homicidio expresa la jerarquización interna de género, dado que los varones en América Latina matan, sobre todo, a varones y muy secundariamente, a mujeres, ya que el 92% de los homicidios son de varones contra varones y solo alrededor del 6% de varones contra mujeres. El varón latinoamericano, para evidenciar su “hombria” o su machismo, debe matar varones, y *de perdida* a mujeres, dada la inferioridad con que estas han sido tratadas cultural e históricamente.

Pero como ya señalé, la mayoría de estos estudios refieren a comunidades rurales de población indígena, constituyendo una excepción las referencias de Oscar Lewis para sectores sociales “marginales” de la ciudad de México. En todo el proceso de la saga de los Sánchez, desde *Los hijos de Sánchez* (1966) hasta *Una muerte en la familia Sánchez* (1982) hay referencias al papel del alcohol en los rituales de interacción social urbana. Incluso, su recurrente descripción de la alcoholización femenina contrasta una vez más con los datos obtenidos por encuestas epidemiológicas realizadas desde el campo psiquiátrico, según los cuales la mujer mexicana casi no bebe, y menos se alcoholiza. Sin embargo, los datos de Lewis referidos a mujeres urbanas se correlacionan con las tasas de mortalidad por cirrosis hepática para el periodo 1962-1964, que establecen que la mortalidad femenina por esta causa constituye el 32% del total de muertes por esta enfermedad para la Ciudad de México (Puffer y Griffith, 1968). Es decir, por lo menos en ciertos casos, los datos obtenidos a través de técnicas cualitativas tienen mayor relación con las estadísticas de mortalidad, que los surgidos de encuestas estadísticas.

Cambian las teorías, pero persiste el enfoque antropológico

México constituye posiblemente el país de América Latina donde se ha llevado a cabo el mayor número de investigaciones antropológicas sobre el proceso de alcoholización, así como el que evidencia una mayor diversidad de estudios por regiones y grupos étnicos. Si bien una parte significativa de este trabajo antropológico se ha concentrado en los Altos de Chiapas, contamos con investigaciones antropológicas relevantes para tarahumaras, totonacas, otomíes, náhuatl, zapotecos, al igual que algunos materiales para medios urbanos.

Considero que la serie de trabajos sobre la ingestión ritual de alcohol en los grupos étnicos de los Altos de Chiapas, realizados desde una perspectiva cognitiva, expresa en gran medida la orientación dominante en los estudios antropológicos. Los textos reunidos en el libro editado por Siverts (1973) consideran al alcohol como “el” medio más importante para el delineamiento de las reglas de reciprocidad y jerarquización establecidas en muy diferentes situaciones sociales, focalizando sus intereses en estos aspectos. Pero al igual que en la mayoría de la producción previa, ninguno de los textos compilados por Siverts da información sobre mortalidad por cirrosis hepática o por homicidio, ni hace referencias a días laborales tipo *San Lunes*, ni presentan datos de violencias contra las mujeres; de tal manera que estos y otros

procesos no aparecen incluidos en las reglas que operan a nivel de relaciones familiares, vecinales y comunitarias.

La corriente dominante en la investigación antropológica del alcoholismo halla su fundamentación en el culturalismo integrativo desarrollado en las décadas de 1930 y 1940 por Redfield, Foster y otros autores, y que se continúa en varios de sus aspectos centrales en las décadas de 1950 y 1960 a través de varias corrientes, incluidas las cognitivas. La “antigua” y “nueva” etnografía tienen una notable continuidad centrada en la autonomía cultural; y así, por ejemplo, Madsen y Madsen (1969) parten explícitamente de la teoría de la orientación cognoscitiva de Foster, según la cual el comportamiento alcoholizado —al igual que otros comportamientos— es consecuencia de las premisas culturales dominantes. La conducta hacia el alcohol está estructurada por las interpretaciones socioculturales preexistentes respecto de la identidad, la comunidad y el prestigio social.

De hecho, los nueve cognitivistas que trabajaron en los Altos de Chiapas sobre alcoholismo (Siverts, 1973), si bien manejan una metodología más sofisticada que los culturalistas, sin embargo, parten de varias premisas similares. Según Kay y Metzger (1973), el punto de partida metodológico que los guió fue que ningún evento concreto puede ser identificado y comprendido al margen de un sistema conceptual culturalmente definido. Metzger (1964), en un estudio previo había especificado que el modelo teórico utilizado:

...parafraseando a Goudenough plantea que la cultura consiste en lo que los miembros saben o creen respecto de comportarse de la manera en que lo hacen. La aceptación de un comportamiento supone reconocer congruencias entre dicho comportamiento y las condiciones en que ocurre. Estas establecen restricciones para la variedad de comportamientos (en este caso alcoholizado) apropiados [...]; de hecho, la tesis ha buscado establecer el medio y las condiciones de las restricciones. (1964 p. 184)

En toda esta producción, lo focal no es el “alcoholismo” sino las reglas culturales, los patrones de comportamiento, la dimensión emic del funcionamiento cultural y social de un grupo determinado. En este análisis, la autonomía del sistema cultural y las reglas definidoras de situaciones operan, sin embargo, excluyendo una parte sustantiva de las prácticas sociales que también ocurren de forma sistemática, como señalamos previamente. Considero que esta corriente teórica lleva a un punto difícil de “superar” las condiciones implícitas en el enfoque culturalista integrativo, pero además impone una concepción ahistórica a los procesos analizados, ya que como indica

Harris: “dicho de otro modo: la credibilidad del cognitivismo, como estrategia de investigación, se deriva del supuesto implícito de que los sistemas socioculturales se transforman muy despacio o no lo hacen en absoluto” (1982, p. 305).

Estos trabajos, al igual que el de Merril (1979) sobre los tarahumaras, se preocupan porque el papel del alcohol en la integración cultural sea analizado a través de una perspectiva cognitiva y funcional, sin incorporar procesos que objetivamente operan sobre las comunidades estudiadas, sobre la salud, sobre la estructura del gasto, sobre la relación de dominación hombre-mujer. Incluso, un autor como Laughlin, al evaluar el gasto en el uso de alcohol entre los oficiantes religiosos zinacantecos, señala el frecuente estado de embriaguez de estos, para concluir que el alcohol es considerado por dicho grupo étnico “...como una flor, una fuerza portadora de vida, un agente de resurrección, quizás aun una sustitución de la sangre” (1962, p.136). Nadie, y menos nosotros, niega esta significación posible; lo relevante es la inexistencia de un análisis de conjunto que desarrolle explicaciones tanto para la significación del alcohol como “calor vital”, como medio de comunión con la divinidad y, al mismo tiempo, como una de las primeras causas de agresión y especialmente de homicidio.

Considero que el análisis de la producción antropológica sobre alcoholismo no puede plantearse en términos de oposiciones —que además suelen implicar exclusiones— entre el énfasis colocado, por un lado, en la funcionalidad y la articulación simbólicas integrativas y, por otro, las consecuencias negativas de diferente tipo, dado que ambas funcionan frecuentemente en forma simultánea. De tal manera que necesitamos no solo describir etnográficamente sino entender/explicar por qué el alcohol constituye una flor portadora de vida al mismo tiempo que posibilita la agresión a mujeres o a otros hombres. Por eso, incluir en nuestros análisis las tasas de mortalidad por cirrosis hepática o por el síndrome de alcoholismo fetal, no supone medicalizar nuestro enfoque antropológico, sino que implica la necesidad de incluir padecimientos que forman parte de la vida y muerte de los sujetos de diferentes grupos sociales, incluidos los grupos étnicos, y donde los usos del alcohol operan en forma aparentemente contradictoria, y es esta aparente contradicción la que necesitamos entender.

Si bien no contamos en México con datos de mortalidad por cirrosis hepática desagregados por grupos étnicos, sí existen en el caso de los grupos indígenas de EEUU, quienes tienen una mortalidad por cirrosis hepática que duplica la media nacional. Por lo que debiéramos preguntarnos sobre ¿cuál es la significación que opera en los grupos en los que el alcohol sirve como identificador, como integrador, como parámetro de los límites propios de una

comunidad pero, al mismo tiempo, establece la posibilidad de una muerte temprana y constituye uno de los principales instrumentos de discriminación y control social?

En nuestra revisión de las consecuencias negativas y las funciones de la alcoholización hemos podido verificar que las primeras aparecen asociadas al interés biomédico, y las funciones al paradigma antropológico. Estas asociaciones son de hecho aceptadas, pero ni todas las consecuencias son reconocidas por el saber médico, ni todas las funciones por el trabajo antropológico dominante.

La biomedicina deja de lado en sus análisis y, sobre todo, en sus intervenciones, las siguientes consecuencias negativas de los usos del alcohol: como mecanismo de “enganche” laboral; como generador de deuda y de mantenimiento de relaciones laborales forzadas; como medio de pago laboral; como mecanismo para la apropiación y despojo de tierras; como desplazador de cultivos alimenticios; como producto nocivo en función de su deficiente elaboración; como instrumento de diferenciación, discriminación y/o estigmatización racial, étnica, ocupacional y/o clasista; como mecanismo de control socioideológico; como instrumento de violencia sistemática respecto de la mujer por parte de su pareja masculina; como medio necesariamente presente en agresiones, homicidios e, incluso, suicidios. Pero, si bien una parte de la antropología cultural hace referencia a algunas de estas consecuencias, sin embargo, el enfoque dominante también las excluye.

Mientras el saber médico no se plantea las funciones que cumple el alcohol sino en términos personales, la antropología ha tratado de observar las funciones que cumple el alcohol a nivel colectivo y comunitario, como he tratado de evidenciarlo a lo largo de este capítulo. De nuestra revisión surge el papel central que el alcohol cumple en el mantenimiento de toda una serie de relaciones sociales y culturales entre los sujetos y microgrupos a nivel comunitario (Cortés, 1988), lo que además posibilita explicar el fracaso parcial de la biomedicina, así como la persistencia del “alcoholismo”.

Hay un último aspecto a comentar, pero que casi no he tratado, dado que en México no se han desarrollado experiencias ni estudios al respecto, y me refiero a las propuestas y acciones terapéuticas surgidas desde la antropología respecto del alcoholismo, casi exclusivamente en EEUU. Así, por ejemplo, Topper y Waddell (1981), en sus conclusiones sobre el papel de los factores culturales en el desarrollo de los problemas generados por el consumo de alcohol y, en particular, respecto del tratamiento, enumeran los siguientes aportes de nuestra disciplina: a) la perspectiva socioantropológica puede realizar estudios “naturalistas” del encuadre terapéutico considerado como una institución cultural, así como examinar los principales paradigmas de los

tratamientos que son actualmente utilizados en diferentes sectores y estratos sociales; b) puede proponer otros paradigmas menos conocidos y que podrían ser potencialmente efectivos para la estrategia terapéutica global; c) los antropólogos podrían también describir las unidades específicas de tratamientos en términos de personas implicadas, las estrategias de tratamiento usadas, las ideologías subyacentes, la aplicación de diferentes paradigmas y percepciones culturales, así como de otros aspectos relacionados con la atención del alcoholismo, y d) podrían describir y explicar por qué los sujetos desarrollan determinadas “carreras del enfermo”¹³.

Reitero, para evitar malas interpretaciones, que este capítulo no propone reemplazar las perspectivas biomédicas por las socioantropológicas debido a las limitaciones y orientaciones de los enfoques biomédicos y a las posibilidades de nuestra disciplina, sino que lo que sostenemos es la necesidad de pensar, generar y aplicar un enfoque que articule varias de las perspectivas señaladas, tratando de evitar constantemente las oposiciones ideológicas y profesionales.

¹³En EEUU se han desarrollado experiencias terapéuticas institucionales con brujos y otros curadores tradicionales para tratar a sujetos con problemas de alcoholismo correspondientes a grupos étnicos donde el alcoholismo puede ser generado por brujería (Trotter y Chavira, 1979), subrayando que, por lo menos, en México, no contamos con este tipo de propuestas y menos de intervenciones institucionales, pese a que en numerosos grupos étnicos locales existe alcoholismo por brujería.

Capítulo 3

El modelo médico hegemónico: estructura, función y crisis

*De pronto el alcoholismo nos recuerda
que la salud de la gente es inevitablemente
un problema político.*

Griffith Edwards (1987)

Planteado el problema del “alcoholismo”, así como algunas de las limitaciones que el saber médico ha evidenciado para “curarlo” y prevenirlo, en este y en los próximos capítulos trataré de profundizar algunos aspectos de dicho saber. Primero describiré y analizaré las características y funciones del saber médico —planteado como modelo— así como la situación de crisis por la que atraviesa la biomedicina, haciendo referencia a su relación con otros modelos de atención a la salud, pero radicando nuestro análisis exclusivamente en el primero. Intentaré demostrar que las limitaciones del saber médico respecto del alcoholismo no son un fenómeno coyuntural y episódico, sino resultado de varios procesos, y especialmente de las orientaciones teóricas y prácticas médicas respecto de los comportamientos sociales que ha tendido a medicalizar. Por lo que trataré de ejemplificar esas dificultades, a través de la descripción y análisis de las principales actividades y estrategias realizadas por el sector salud en México referidas al problema del alcoholismo durante el lapso 1950-1988.

Respecto de los procesos de s/e/a-p, por lo menos en las sociedades capitalistas actuales, operan diferentes formas de atención de los padecimientos, que momentáneamente podemos referir a cuatro formas: la biomédica, la medicina popular y tradicional, la denominada *new age* y la autoatención, que son utilizadas por los diferentes sectores sociales. Durante el desarrollo de las sociedades capitalistas se han gestado y convivido varias formas de atención a la enfermedad y a los padecimientos, pero la biomédica —que llamaré *modelo médico hegemónico*— es la forma que más se ha expandido, construyendo una hegemonía que intenta la exclusión técnica, ideológica y jurídica de las otras

posibilidades de atención que, en la práctica social, se resuelve en procesos de transformación de las otras formas de atención, que cada vez más tienen como referencia positiva o negativa de sus posibilidades a la biomedicina, con la cual mantienen relaciones conflictivas y/o complementarias.

Modelos de atención de los padecimientos y relaciones hegemónicas

Por “modelo médico hegemónico” entendemos el conjunto de representaciones, prácticas y teorías generadas por lo que se conoce como medicina científica, la cual desde finales del siglo XVIII ha tratado de expandirse sobre la población buscando excluir, eliminar y/o subordinar a las otras formas de atención, lo cual en un país como México ha ido logrando desde finales del siglo XIX y, sobre todo, a partir de las décadas de 1930 y 1940, hasta lograr convertirse en la forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, por reglamentaciones del Estado, como por su eficacia comparativa¹.

Estos procesos operan en los países capitalistas metropolitanos, en los países de capitalismo dependiente y en los denominados “socialistas de Estado” y, si bien reconocemos las diferencias y las características idiosincráticas en las dimensiones económica, política, sociocultural e ideológica que existen en esos tres tipos de países, sin embargo, considero que en los mismos se constituyen varias formas de atención a las enfermedades, y que en todas ellas se genera conflictivamente la expansión del modelo médico hegemónico. Aunque dicho conflicto supone en la mayoría de los casos soluciones de complementariedad y no la emergencia de procesos contradictorios entre el modelo médico hegemónico y las otras formas de atención. Más aún, planteamos que en los niveles de decisión, ya sean establecidos por el Estado o por las organizaciones corporativas privadas, los procesos conflictivos tienden a ser resueltos de manera que se favorecen los procesos de producción y reproducción económico-política y se refuerza la hegemonía del sistema biomédico.

Esta expansión es posible porque la organización social, ideológica y económico-política dentro de las que operan las formas de atención no solo favorecen la expansión biomédica, sino que tiende a generar, más que la exclusión de los otros saberes “médicos”, la apropiación y transformación de estos a partir de su

¹Subrayo que la biomedicina constituye actualmente la base del modelo hegemónico, pero que tanto en el pasado como seguramente en el futuro otras formas de atención han sido o serán las hegemónicas.

subordinación ideológica y técnica al modelo médico hegemónico. Más aún, por lo menos en parte, la persistencia o surgimiento de formas de atención, se deben en gran medida a que las mismas tratan de solucionar a nivel real o imaginario, lo que todavía no ha conseguido solucionar o paliar la biomedicina, o lo que ésta excluye. En consecuencia, el análisis del modelo médico hegemónico no puede reducirse a sí mismo; su descripción y análisis debe realizarse junto con el de los otros saberes “médicos” subalternos, paralelos o alternativos; y, además, tendría que ser ubicado dentro del proceso de construcción sociohistórica de las diferentes formas de atención y de sus relaciones con ellas; relaciones que en su casi totalidad no se dan en términos directos entre dichas formas, sino básicamente a través de las relaciones establecidas por los usuarios. En función de los objetivos de este trabajo no realizaré este tipo de análisis, ya que solo presentaré información sobre el modelo médico hegemónico, aunque haré referencias a la necesidad de incluir las relaciones con las otras formas de atención en un esquema de desarrollo histórico y actual².

La utilización del concepto de modelo nos permite colocar metodológicamente entre paréntesis los procesos históricos, no para ignorarlos sino para poder formalizar nuestro análisis. Por “modelo” vamos a entender un instrumento metodológico que supone una construcción propuesta por nosotros a través de determinados rasgos considerados estructurales y cuyo valor es básicamente heurístico. Por modelos médicos, incluido el hegemónico, entendemos aquellas construcciones que, a partir de determinados rasgos estructurales, suponen la inclusión no solo de la producción teórica, técnica e ideológica de las instituciones biomédicas y no biomédicas —incluidos los “curadores”—, sino también la inclusión de los diferentes actores sociales implicados en su funcionamiento. De tal manera que la aproximación a través de modelos implica manejarnos en un alto nivel de abstracción ya que, al ser construcciones metodológicas, no pueden explicar cada una de las situaciones históricamente determinadas, y solo actúan como referencia teórica de dichas situaciones. Los caracteres —y también las funciones— del modelo proponen un primer nivel explicativo que, para su entendimiento procesal, deben ser necesariamente articulados con la descripción y análisis de situaciones sociohistóricas específicas.

²Quisiera informar, no obstante, que tanto en mi estudio sobre los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención en Yucatán entre 1890 y 1978, como en el realizado sobre las políticas del sector salud mexicano respecto del alcoholismo entre 1890-1988 hemos intentado dar cuenta de la expansión histórica de la biomedicina y de las relaciones generadas con las otras formas de atención no biomédicas.

El instrumento “modelo” incluye la complejidad de los procesos a estudiar, y cuestiona desde el inicio la posibilidad de explicaciones mecanicistas y unilaterales, remitiendo el análisis, en primera instancia, a las estructuras y funciones que lo caracterizarían y, en un segundo momento, a la historicidad de los procesos. Para algunos autores esta propuesta puede ser riesgosa, dado que puede conducir a la eliminación o secundarización del papel de los actores sociales en la generación de los procesos, así como también puede conducir a forzar la construcción de modelos únicos y a no reconocer u opacar metodológicamente las diferencias sociohistóricas. Pero el principal peligro, como ha ocurrido con las propuestas estructuralistas formuladas entre 1950 y 1970, es llegar a utilizar los modelos como si fueran la realidad.

Tanto estos, como otros “peligros metodológicos” no pueden ser desechados, pero frente a ello, además de proponer un continuo (auto) control epistemológico, debe asumirse que solo la referencia a situaciones históricamente determinadas posibilita la explicación de los problemas específicos a partir de los modelos. Además, la formulación de modelos debe implicar la posibilidad de proponer submodelos; los modelos deben ser contrastados y la historicidad debe operar como una continua actualización de los modelos propuestos³.

Cada modelo se construye mediante rasgos considerados estructurales que supone no solo la frecuencia y constancia de estos, sino que el modelo no puede operar si dicho rasgo no aparece. Lo cual supone asumir que es solo en el mayor nivel de abstracción donde esos rasgos estructurales emergen como absolutos ya que, en la aplicación a procesos y contextos específicos, se acentúan unos rasgos más que otros o expresan excepciones puntuales, o directamente desaparecen. Pero no son las excepciones las que subrayamos metodológicamente en este nivel de análisis⁴; aunque estas, al igual que las particularidades y variantes, necesitan ser observadas, ya que pueden indicar

³Cualquier análisis del desarrollo de la medicina científica desde el siglo XVIII, por más superficial que sea, puede constatar la emergencia de corrientes teóricas y de orientaciones prácticas que aparecen diferenciadas del modelo médico hegemónico. Así la homeopatía, la densitometría, los psicoanálisis, la medicina psicosomática, la balneoterapia, etc., y otras “alternativas” como la quiropraxia o la acupuntura podrían establecer formas de pensar y actuar sobre la enfermedad que constituirían “opciones” al modelo médico hegemónico. Si bien estos saberes han cuestionado aspectos de la biomedicina, varios de ellos han sido también parte de su desarrollo; pero, además, el pragmatismo biomédico, por ejemplo, en el caso de la acupuntura, conduce a su “apropiación”. Esto no significa, por otra parte, que el modelo médico hegemónico no se modifique, ni tampoco que se reproduzca indefinidamente; lo único que expresa es un proceso de hegemonía que se mantiene hasta la actualidad pese a su evidente crisis.

⁴La ponderación de ahistoricidad y asocialidad, por ejemplo, no niega que lo histórico o lo social puedan ser utilizados, pero la cuestión radica en el peso real de su utilización. Dentro de nuestro sistema conceptual no debe confundirse presencia o tendencia con hegemonía.

que se han generado cambios en el modelo, que incluso ameritan la propuesta de nuevos modelos.

Debe indicarse que, si bien los caracteres estructurales serán enumerados y algunos analizados en forma particular, dichos caracteres deben ser pensados en términos de conjunto. Es decir, no es solo un rasgo, sino el efecto de estructura el que da la pauta de la capacidad explicativa del modelo.

Los modelos están planteados a partir de una perspectiva metodológica que supone la existencia de diferentes relaciones entre ellos y, especialmente, las de hegemonía/subalternidad/contrahegemonía, y que halla en las “transacciones” el concepto con el cual dar cuenta de los tipos de dinámicas que operan entre los modelos, por supuesto en el más alto nivel de abstracción, así como a nivel de la historicidad de los procesos. Más aún, las transacciones suponen procesos de expansión de los modelos hegemónicos, pero también de reapropiación y rearticulación generados desde los subalternos (Menéndez, 1981, p. 376-382).

Este enfoque intenta remplazar la perspectiva posicional dominante por otra, en la que el eje de las explicaciones no radica en los modelos en sí, sino que los remite al conjunto de relaciones que estructural y también azarosamente se establecen entre los diferentes modelos. Esta no es una perspectiva “nueva”, sino que es una antigua propuesta teórica reiteradamente planteada y continuamente “olvidada”. Ahora bien, el concepto de modelo —o el de tipo ideal— pueden excluir al sujeto y, de hecho, lo excluyen mientras nos manejemos exclusivamente en este nivel; pero como señalamos, los modelos deben ser referidos a la historicidad de los procesos, y esta historicidad remite a los saberes que operan a través de los actores sociales y dentro de relaciones sociales. Y es en este nivel donde no solo encontramos a los actores sociales, sino también a los sujetos. Es decir, que la aplicación de este enfoque implica reconocer que, frente a los problemas específicos, necesitamos trabajar, por lo menos, en dos niveles: el de los modelos y sus relaciones, y el de los actores/fuerzas sociales y sus relaciones.

Una última aclaración respecto del concepto de hegemonía del modelo: más allá de sus usos generalizados o no, la hegemonía remite al modelo que apoyan las fuerzas y actores sociales dominantes, que tienen como referencia, y que no supone la exclusión de los otros modelos, sino justamente la subalternidad de estos. Hegemonía, además, no significa unanimidad ni homogeneidad, sino simplemente hegemonía. Y dicha hegemonía se expande por su fuerza ideológico-cultural y su eficacia comparativa, y no solo en términos imaginarios.

En función de los objetivos de este texto, reconocemos tres modelos básicos: el modelo médico hegemónico, el modelo médico alternativo subordinado y

el modelo de autoatención. Si bien nuestro análisis se centrará en el primer modelo, necesitamos hacer referencias a los otros dos, dado el enfoque metodológico propuesto. Esta perspectiva permitiría, por ejemplo, observar la relación de subalternidad establecida por el modelo médico respecto de la que en la actualidad constituye la principal estrategia antialcohólica, y que incluimos dentro del modelo de autoatención, y me refiero a Alcohólicos Anónimos.

Para que quede claro lo que estamos proponiendo, primero enumeraré los caracteres estructurales de cada uno de los tres modelos, para después detenerme en el análisis de la estructura, la función y la crisis del modelo médico hegemónico.

Este modelo supone el reconocimiento de tres submodelos: el individual privado, el médico corporativo público y el médico corporativo privado. Los tres presentan los siguientes rasgos estructurales: a) biologismo; b) concepción teórica evolucionista-positivista; c) ahistoricidad; d) asocialidad; e) individualismo; f) eficacia pragmática; g) la salud-enfermedad como mercancía (en términos directos o indirectos); h) orientación básicamente asistencial (“curativa”); i) concepción de la enfermedad como ruptura, desviación, diferencia; j) práctica “curativa” basada en la eliminación del síntoma; k) relación médico-paciente asimétrica; l) relación de subordinación social y técnica del paciente, que puede llegar a la sumisión (institución psiquiátrica); m) concepción del paciente como ignorante, como portador de un saber equivocado; n) el paciente como responsable de su enfermedad; o) inducción a la participación subordinada y pasiva de los “consumidores” de acciones de salud; p) producción de acciones que tienden a excluir al “consumidor” del saber médico; q) prevención no estructural; r) no legitimación científica de otros saberes; s) profesionalización formalizada; t) identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de otros modelos; u) tendencia a la medicalización de los problemas; v) tendencia inductora al consumismo médico; w) predominio de la cantidad y lo productivo sobre la calidad; x) tendencia a la escisión entre teoría y práctica, correlativa a la tendencia a escindir práctica médica de la investigación médica.

Estos caracteres corresponden, inicialmente, a la práctica médica individual y privada dominante durante el siglo XIX y la mayor parte del siglo XX. El desarrollo económico-político condujo a procesos de concentración y organización privada y estatal de las actividades médicas, sobre todo a partir de la década de 1930, tanto a nivel de las instituciones de atención médica como de las denominadas industrias de la salud y de la enfermedad. Ello implica el surgimiento de nuevas organizaciones que conservan la mayoría

de los rasgos estructurales, y supone también la emergencia de otros rasgos como expresión de las nuevas formas organizativas.

En los dos submodelos corporativos podemos distinguir los siguientes rasgos estructurales: a) estructuración jerarquizada de las relaciones sociales y técnicas internas y externas que operan en las organizaciones; b) tendencia a la centralización y planificación; c) burocratización; d) disminución y evasión de la responsabilidad por el personal de salud; e) dominio excluyente de los criterios de productividad; f) profundización de la división técnica del trabajo; g) creciente subordinación del personal de salud a los controles técnicos y mecánicos; h) creciente amoralidad en todas las actividades desde la atención médica hasta la investigación.

Aunque en este capítulo no analizaremos los submodelos, debe señalarse que uno de los rasgos estructurales del modelo médico hegemónico, que se subrayan en el submodelo corporativo público, es el preventivismo, así como el reconocimiento de la importancia del “medio ambiente”. Sin embargo, y esto debe ser recalcado, ese énfasis no implica que el preventivismo sea hegemónico, dado que en todos los contextos no solo aparece subordinado a lo asistencial, sino que las inversiones se concentran en las actividades de atención.

El modelo médico alternativo subordinado incluye los saberes reconocidos generalmente como “tradicionales”, y “populares”, así como también incluye las formas de atención *new age*. La razón de agrupar estos diversos saberes en este modelo es porque se resignifican en gran medida a partir de sus relaciones con el modelo médico hegemónico a través de los usos que les dan los pacientes y usuarios. Estos pueden usar simultáneamente o en forma secuencial tratamientos *new age*, tradicionales y biomédicos, pero el referente será el modelo médico hegemónico en la mayoría de los sujetos y grupos sociales.

Es necesario reconocer que en este modelo se agrupan saberes que presentan rasgos no homogeneizables y que algunos no incluyen la totalidad de los rasgos estructurales a señalar. Al manejar el concepto de modelo, asumimos que no implica la necesidad de recuperar el proceso global de cada saber, sino de construir justamente un modelo que pueda dar cuenta de sus aspectos básicos.

Los caracteres básicos de este modelo son: a) concepción globalizadora de los padecimientos y problemas de “salud”, en la que lo biológico aparece como una característica más; b) domina alguna suerte de articulación entre cuerpo-espíritu-sociedad, pero el núcleo aparece focalizado en el “espíritu”; c) lo patológico aparece como secundario respecto de alguna noción de “equilibrio”/desequilibrio; d) las relaciones sociales con los “otros”—incluidas entidades no humanas— aparecen frecuentemente como causal

del padecimiento; e) el objetivo es “sanar” y no curar; f) las acciones terapéuticas implican casi siempre la eficacia simbólica; g) tendencia al pragmatismo; h) ahistoricidad; i) asimetría (a veces muy fuerte) en la relación curador-paciente; j) participación subordinada de los consumidores; k) legitimación comunal o por lo menos grupal de las actividades curativas; l) tendencia creciente a la mercantilización.

De esta enumeración se deriva que el modelo médico alternativo subordinado presenta una serie de rasgos idénticos o similares a los reconocidos en el modelo médico hegemónico, que operan integrados con otros caracteres considerados como conflictivos y hasta incompatibles con este último. Un análisis relacional debería ayudar a determinar los rasgos compatibles e incompatibles y las funciones que cumplen. Sin embargo, la información comparada de que disponemos apunta a señalar que los caracteres de complementación y subordinación y no de oposición son los que tenderían a caracterizar este modelo⁵.

Nuestra revisión para México del uso de saberes tradicionales y populares pone en evidencia, en todos los contextos sociales y étnicos de los cuales tenemos información, dos hechos complementarios: la escasez de saberes populares de atención y solución al problema que estamos analizando, y su limitada eficacia ya sea referidos al alcoholismo, a la cirrosis hepática (hígado picado) o a los síndromes de alcoholismo fetal.

El modelo de autoatención está basado en el diagnóstico, atención y prevención llevados a cabo por la propia persona o personas inmediatas pertenecientes al grupo familiar y/o a los diferentes pequeños grupos (de amigos, de trabajo, vecinos) dentro de los que desarrollan su vida los sujetos, pero sin la intervención directa de un curador profesional. La autoatención supone desde acciones conscientes de no hacer nada, pero encaminadas a la cura o a recobrar el bienestar, hasta el uso de equipo de determinado grado de complejidad, pasando por la atención cotidiana de los padecimientos agudos o crónicos que los sujetos de los diferentes grupos padecen (Menéndez, 1982a; 1990).

La autoatención es parte de la estructura de toda sociedad y está en la base de los modelos anteriores, reconociendo la existencia de dos niveles de autoatención. El más general, que remite a la reproducción biosocial de todo microgrupo y, especialmente, del grupo familiar, que implica la realización de toda una serie de actividades que desempeña algún miembro del grupo

⁵Este modelo es el menos elaborado teóricamente por nosotros, y es el que presenta mayores dificultades a causa de la gran diversidad de saberes que operan en los diferentes grupos sociales y étnicos. Esto supone una provisoriedad teórica a ser revisada; lo cual no implica su omisión, sino su reformulación.

relacionados con: a) la limpieza de la casa, de los cuerpos y de los materiales utilizados para comer, vestir, etc.; b) la preparación de alimentos, que implica su obtención; c) la elaboración y/o reparación de vestimentas, utensilios u otros elementos; d) la colaboración con miembros de la familia y de otros microgrupos en tareas de aprendizaje formal e informal; y e) el desarrollo de actividades de diferente tipo durante los “tiempos libres”. El segundo nivel también refiere a la reproducción biosocial, pero se vincula exclusivamente al tratamiento y prevención de padecimientos y enfermedades de todo tipo, incluido el trato con la muerte y con los muertos; siendo este nivel el que desarrollaremos en este texto.

En ambos niveles, la autoatención remite a grupos y relaciones de grupos, en los que todo sujeto es siempre parte, diferenciando por lo tanto este concepto del de autocuidado manejado por la biomedicina, que solo remite al individuo. La autoatención, obviamente incluye la variedad de grupos existentes de autoayuda y de ayuda mutua.

Los caracteres básicos de este modelo son: a) la realización de acciones inmediatas frente a todo episodio de enfermedad; b) acciones de tipo autónomo, que implica un continuo aprendizaje con sujetos legos y profesionales pero con tendencias a la autonomía; c) puede referir a individuos, pero implica siempre a grupos y relaciones de pertenencia grupales; d) implica división del trabajo dentro de los pequeños grupos, con encargados de hacerse cargo en forma explícita o tácita de la autoatención; e) concepción de la salud como bien de uso, f) eficacia pragmática, g) legitimidad grupal, vecinal y comunal; h) saber basado en la experiencia de los sujetos y grupos; i) principal articulador de las diferentes formas de atención; j) el modelo de atención-prevención más utilizado por los sujetos y grupos.

Tanto en lo general como en lo particular, la autoatención constituye un modelo orientado directa y/o indirectamente a asegurar la reproducción biológica y social a partir de los microgrupos y, sobre todo, de las unidades familiares. La autoatención de los padecimientos se funda en dos hechos básicos: por un lado, la frecuencia, la recurrencia y la continuidad de episodios de enfermedad, daños o problemas que afectan a los miembros de los grupos primarios y de manera particular a las unidades domésticas; y, por otro, la necesidad de estos grupos de establecer acciones inmediatas que den una solución, por lo menos provisoria, tanto a los padecimientos agudos como a los crónicos y cronificados.

La autoatención, si bien se centra en los microgrupos, se caracteriza por tener como referente en forma directa e indirecta a los curadores de los diferentes modelos de atención, tratando de apropiarse de sus formas de atención y prevención para autonomizarlos. Por otra parte, la autoatención

es parte necesaria de diferentes procesos, como son la convalecencia y las acciones de rutina respecto de la mayoría de las enfermedades crónicas. Uno de los papeles centrales de la autoatención es la articulación que realiza respecto de las diferentes formas de atención que reconocen y usan los sujetos, y respecto de las cuales la autoatención constituye el modelo que dinamiza la relación con los otros modelos, sin que este proceso de articulación interese a las otras formas de atención. O mejor dicho, los otros modelos parecen ignorar los usos que los sujetos o microgrupos hacen de las diferentes formas de atención y la articulación a través de la autoatención.

Necesitamos asumir que la autoatención es una estructura que no puede ser erradicada, aunque sí limitada, y justamente su limitación arbitraria puede conducir a reducir o directamente relegar su importancia decisiva. El modelo médico hegemónico, al cuestionar la autoatención, sobre todo respecto de la automedicación, reduce de hecho la posibilidad de un primer nivel de atención autónomo y potencialmente eficaz, focalizado en los sujetos y microgrupos, en función de la necesidad de seguir manteniendo su hegemonía. Esta dinámica no será analizada, sino que solo la señalo como parte de una concepción alternativa y diferente de la atención primaria.

Debe indicarse que las relaciones que operan entre el modelo médico hegemónico y el modelo de autoatención han sido reconocidas por las diferentes orientaciones teóricas, subrayando en general la tendencia del primero a excluir la autoatención. Así, por ejemplo, Mechanic (1976), analizando el proceso de autoayuda y sus implicaciones para los servicios de salud, considera que la orientación y la organización de la medicina tienden a utilizar muy poco los procesos de autoayuda comunitaria. Los médicos tienen poco éxito en el tratamiento del alcoholismo, la drogadicción y la obesidad, sin embargo, están poco informados sobre grupos de autoayuda como Alcohólicos Anónimos, por lo que Mechanic (1976) concluye que la medicina dominante no tiende a movilizar los recursos comunitarios.

Justamente el alcoholismo ha dado lugar al primero, más importante y extendido grupo de autoayuda, el de Alcohólicos Anónimos. Este grupo ha sido el referente de casi todos los otros grupos de autoayuda que se han creado y desarrollado respecto de toda una gama de padecimientos y, especialmente, de enfermedades crónico-degenerativas, problemas de salud mental y, en particular, de adicciones. Lo que amerita, entre otras cuestiones, a reflexionar sobre por qué los grupos de autoayuda surgieron de personas con problemas de alcoholismo y no de ningún otro padecimiento.

Los factores dinámicos que operan en la articulación y transformación de los procesos que dan lugar a la constitución de los tres modelos se centran en la dinámica del modelo médico hegemónico instituido en los países

capitalistas metropolitanos en los siglos XVIII y XIX. La institucionalización de este modelo acompaña el desarrollo económico-político de las capas sociales que justamente se apropian directa o vicariamente del poder entre 1750 y 1880. Todos los caracteres del modelo médico hegemónico están saturados en niveles consciente/no consciente por concepciones ideológicas de esta burguesía en ascenso, de la cual forman parte los nuevos sectores de la pequeña burguesía independiente a la que pertenece la mayoría de los médicos. Este modelo supone, en consecuencia, una serie de características que son isomórficas a la estructura de clases dominante: será jerárquico, asimétrico, clasista y racista⁶.

Es durante el siglo XIX cuando las formas médicas de este modelo desplazan y/o excluyen a las otras formas de atención e influyen cada vez más en las formas de autoatención. Pero esta exclusión y desplazamiento se dará inicialmente en términos ideológicos, ya que la mayoría de las formas de atención populares se mantienen, y solo comienzan a ceder cuando la biomedicina evidencia realmente eficacia y cuando el Estado la apoye y legalice como *la* forma de atender las enfermedades.

La legitimación para estigmatizar y excluir a las otras formas de atención la hace a través de identificarse con la ciencia, lo cual también fundamenta las funciones de control social e ideológico que puede cumplir respecto del conjunto de los estratos sociales. Estas funciones se cumplen a través de la práctica profesional “privada” y oficial, y es esta acción profesional y científica la que oculta a los conjuntos sociales las funciones de control y normatización que cumple el modelo médico hegemónico. Los conjuntos sociales, aun los más explotados, van a aprender a ver el saber médico como expresión de la ciencia; más aún, será la única profesión a través de la cual los legos se relacionan personalmente con la ciencia; que, además, en el caso de la clase obrera organizada, sobre todo la de orientación socialista, demandará cada vez más la biomedicina al identificarla con el progreso y con un socialismo saturado de positivismo.

Tanto la clase obrera como los dueños de los medios de producción y el Estado requieren, por razones contradictorias y complementarias, una

⁶Su racismo será biológico y/o cultural, y expresará no solo una función ideológica de dominación, sino también las limitaciones científicas. Al respecto es importante revisar los libros de texto mediante los cuales los médicos aprendieron su profesión durante la segunda parte del siglo XIX y primeras décadas del XX. Un exponente “clásico” lo constituye el libro *Anatomía humana* de Testut y Latarjet (1975), en el cual generaciones de médicos latinoamericanos aprendieron anatomía. Hasta la década de 1950 fue el manual más utilizado en las escuelas de medicina de la mayoría de nuestros países, sin que dicho texto fuera expurgado de las concepciones racistas que lo saturan.

organización contra la enfermedad que garantice la supervivencia del trabajador y su familia; es decir, que contribuya a la reproducción y a la productividad de la mano de obra. El movimiento obrero y el Estado —o para ser correctos, algunos sectores de la clase dominante— plantean la necesidad de una “medicina pública” que se haga cargo eficientemente de las funciones que no cumple el sector privado. Si bien desde mediados del siglo XVIII asistimos al desarrollo de una perspectiva estatal de la salud, fue a mediados del siglo XIX cuando el Estado, en algunos países capitalistas, comenzó a hacerse cargo de acciones asistenciales y de acciones sobre el medio, que posibilitan, una vía de desarrollo, control y legitimación por parte del sistema dominante.

Como ya señalé, algunos de los países capitalistas “avanzados” fueron los que primero establecieron estas “políticas de salud”, pero también operaron en algunos países de capitalismo dependiente, sobre todo en América Latina. El contraste entre legitimación ideológica y científica de la biomedicina y sus posibilidades de expansión se hizo más evidente en nuestros países, donde la estigmatización de las prácticas tradicionales y populares no pudieron, durante mucho tiempo, ir más allá de la sanción ideológica, pues los aparatos médico-sanitarios oficiales y privados eran escasos y concentrados en las grandes urbes, así como las condiciones dominantes de pobreza limitaban el acceso de los sectores bajos a la consulta médica. Por lo cual, como ya lo señalamos, los sectores subalternos, sobre todo en el medio rural, siguieron utilizando la medicina tradicional durante el lapso en que la inmensa mayoría de la población vivía en medios rurales.

No obstante, el desarrollo capitalista condujo, en todos los contextos donde operó, al desarrollo o a la emergencia del submodelo corporativo público, que tendió a asumir la atención de las clases bajas y, sobre todo, tareas de prevención. Este desarrollo, junto con la emergencia del submodelo corporativo privado, hicieron surgir nuevos rasgos estructurales e incrementar tendencias secundarias en ambos submodelos. La emergencia de los submodelos corporativos supone la posibilidad de conflictos entre sí y respecto del submodelo individual privado; pero el proceso conduce a una complementariedad de los primeros en algunos contextos, a la hegemonía del submodelo corporativo público o del privado en otros, y a la paulatina o drástica subordinación del submodelo individual, que puede conducir a su eliminación o, por lo menos, a su reducción en términos comparativos.

Esta situación de conflicto, complementariedad y subordinación puede ser también percibida en la relación del modelo médico hegemónico con los otros dos modelos. Ya hemos señalado que la expansión del modelo médico hegemónico era excluyente en términos ideológicos, fundamentando dicha exclusión en su identificación con la racionalidad científica y en un proceso

de profesionalización legitimado por el Estado. También señalamos que, en la mayoría de los países de capitalismo dependiente, dicha exclusión opera limitadamente en la práctica, ya que ni el número de profesionales médicos, ni el de paramédicos, ni las características del mercado, ni las políticas de inversiones en salud conducen, salvo excepciones, a la localización del personal biomédico en amplias zonas y respecto de determinados sectores sociales. En estas zonas dominan los otros dos modelos, aun cuando la hegemonía a nivel nacional se plantea excluyentemente en términos del modelo médico hegemónico⁷.

Así, por ejemplo, para México, un trabajo producido durante la década de 1960 y en el cual colaboraron varios de los mejores salubristas nacionales (Álvarez Amézquita *et al.*, 1960) sostenía que, para esos años, el principal problema de atención médica en México lo constituía la vigencia de los “curanderos” y otros curadores similares que se estimaban en 185.000, aproximadamente. Ahora bien, debe subrayarse que la extensión y permanencia de los dos modelos no hegemónicos no es producto de resistencias contraculturales ya que, salvo en contados casos, se mantienen y reproducen por su relativa eficacia, por su reconocimiento social y por ser frecuentemente los únicos y/o los más baratos con que pueden contar las clases sociales subalternas en unos casos, o los sectores medios y altos respecto de enfermedades terminales o de procesos “espirituales”.

Como ya se señaló, el modelo médico hegemónico se expandió desde fines del siglo XIX a través de los estratos sociales urbanos, incluida una parte de la clase obrera. Tanto la ruptura de los mecanismos de atención comunal/familiar, generada por el desarrollo capitalista en países europeos, como la paulatina desaparición de los curadores populares y la urgencia de curar las enfermedades de los trabajadores “libres”, así como las necesidades de control y productividad del sistema dominante, avalan la expansión y hegemonía del modelo médico hegemónico.

Estas tendencias son claramente perceptibles en nuestro estudio de los procesos de s/e/a-p entre 1890 y 1978 en Yucatán, donde los trabajadores de la transformación del henequén y los obreros del transporte de la fibra son los que más tempranamente obtuvieron servicios de atención médica “científica”, y que fueron vividos como una “conquista social”. Fueron también los trabajadores ligados a la explotación henequenera, en este caso la producción directa de la fibra, los que después lograron una asistencia médica por parte

⁷Incluso, en países de capitalismo dependiente como Argentina, los migrantes desde fines del siglo XIX crearon sociedades de socorros mutuos o similares, que incluían la posibilidad de la atención biomédica.

del Estado a través de los Servicios Rurales Corporativos. Las demandas de los sectores laborales de mayor desarrollo organizativo y con mayor incidencia en el crecimiento del producto interno bruto (PIB), las necesidades del sector empresarial privado y del estatal, así como la búsqueda de legitimación de Estados “populistas” o socialdemócratas que buscan fundar un nuevo consenso ideológico se expresan en la expansión del modelo médico hegemónico (Menéndez, 1981).

En el caso de México, esta expansión de los servicios se aceleró desde la década de 1940, a través de la creación de servicios de salud en los tres niveles de atención para trabajadores industriales y para trabajadores del Estado, así como en el incremento del consumo de medicamentos. Y si bien, como mencionamos, este proceso supuso la marginación de saberes sanadores tradicionales y populares, tanto los curadores como las parteras empíricas tuvieron una extraordinaria capacidad de permanencia, por lo menos hasta la década de 1980, pero —y lo subrayamos— a partir de utilizar cada vez más técnicas y productos biomédicos. En Yucatán, hemos documentado cómo los curadores “tradicionales” utilizan, ya desde la década de 1930, medicina de patente en sus prácticas curativas, incluso para enfermedades “tradicionales”. Estudios realizados sobre curadores “tradicionales”, que incluso trabajan en pequeñas comunidades de menos de 1.000 habitantes, evidencian la existencia de tiendas de medicamentos de patente en la década de 1950, así como la frecuente prescripción de los fármacos por parte de estos curadores.

Esto se hace aún más manifiesto respecto de la expansión/utilización del modelo médico hegemónico por el modelo de autoatención. Para la década de 1930, hallamos en el medio rural yucateco el uso de fármacos en las pautas de automedicación; en la de 1940 se incorpora tempranamente el uso de la penicilina, y ya para la década de 1950 se habla de una “lluvia de medicamentos” sobre la población en general, incluidas las áreas rurales. Señalemos que esta “lluvia” supuso incluso la utilización de drogas psicotrópicas, que son en ciertos contextos prescritas por curadores “tradicionales”. Nuestros datos indican que, para Yucatán, el inicio del aumento de expendios de medicamentos se dio a partir de la década de 1940, crece lentamente en las décadas posteriores, e incrementa su desarrollo a partir de la de 1970. Además, durante este periodo, se desarrolló notablemente la campaña contra el paludismo en Yucatán, al igual que en otras áreas nacionales, y no solo generó acciones de saneamiento del medio ambiente, sino que formó personal local para la detección de casos y para el desarrollo de acciones antipalúdicas. Se estima que, en México, alrededor de 50.000 personas fueron adiestradas para la puesta en marcha de dichas tareas, sobre todo en las comunidades rurales.

La expansión del modelo médico hegemónico sobre los otros modelos se realizó a partir de los procesos ya señalados y, especialmente, de un proceso que detonó en la década de 1930 y cobró un aceleramiento espectacular en las décadas de 1960 y 1970. Nos referimos a las “industrias de la salud y de la enfermedad”, dada su importancia económica para el desarrollo y mantenimiento de las formaciones capitalistas. La expansión económica de estas dos industrias se dio porque, al menos en parte, se basaron en la eficacia real y simbólica de las nuevas técnicas médicas y, en especial, de los nuevos medicamentos. El notorio descenso de las tasas de mortalidad en países capitalistas dependientes y, en menor medida, en el caso de los metropolitanos es correlativo con la expansión directa o indirecta del modelo médico hegemónico, pero cabe reconocer que con posterioridad se dieron procesos que propiciaron la crisis actual del modelo médico hegemónico.

Lo concluido no ignora que, según MacKweon (1976), los procesos económico-políticos y, en segundo lugar, los socioculturales incidieron mucho más que la biomedicina en el descenso de las tasas de mortalidad por enfermedades infectocontagiosas en la segunda mitad del siglo XIX, en varios países europeos y, especialmente, en Gran Bretaña. Pero esto se debió al mejoramiento de ciertas condiciones de vida de las clases bajas urbanas y de la aplicación de medidas preventivas, que no se dieron en la mayoría de los países periféricos que siguieron manteniendo altas tasas de mortalidad.

Ahora bien, los procesos señalados en términos generales es necesario referirlos al proceso de alcoholización y, sobre todo, a los diferentes modelos de atención que intervinieron sobre algunas de las causas y de las consecuencias del alcoholismo, asumiendo dos hechos significativos: el alcoholismo fue considerado enfermedad recién a partir de mediados del siglo XIX en algunos países europeos y americanos, pero solo por la biomedicina, ya que las otras formas de atención no lo consideraban enfermedad, aunque sí generador de problemas y, en particular, de violencias. Más aún, en numerosos grupos étnicos mexicanos, el alcoholismo puede ser generado y curado por brujos, donde lo básico son las relaciones sociales que expresa el alcoholismo y no la enfermedad. Por lo tanto, el alcoholismo, solo pasó a ser pensado como enfermedad a partir de la ciencia médica, proceso que retomaremos más adelante. Más aún, para algunos analistas sería la primera enfermedad construida/inventada por la medicina a partir de determinados comportamientos.

Modelo médico hegemónico: caracteres estructurales

Del conjunto de caracteres enumerados previamente solo describiremos algunos, tanto para observar la estructuración de este modelo, como para poder relacionarlo después con el problema del alcoholismo. El rasgo estructural dominante es el biologismo, que es el factor que garantiza no solo la cientificidad del modelo, sino la diferenciación y jerarquización respecto de los otros modelos de atención. El biologismo constituye un carácter tan obvio del modelo que no se piensan sus consecuencias en la orientación dominante de la perspectiva médica hacia los procesos de s/e/a-p. De hecho, el biologismo subordina en términos metodológicos e ideológicos a los otros posibles factores y procesos explicativos.

Lo biológico no solo es parte central de la identificación profesional, sino sobre todo de la formación técnica y científica de los médicos. El aprendizaje se hace a partir de contenidos biológicos, en los que los procesos sociales, culturales o psicológicos son anecdóticos. El médico, en su formación de grado y posgrado, no aprende a manejar la enfermedad en otros términos que los de los paradigmas biológicos.

El biologismo del modelo médico hegemónico, se expresa no solo en la práctica clínica, sino también —y esto es de notable relevancia— en la práctica epidemiológica. Si bien el biologismo puede encontrarse en la globalidad del trabajo epidemiológico, se expresa con mayor transparencia a través de varias características, de las cuales seleccionamos dos. La primera, que luego retomaré, se expresa en que la investigación epidemiológica se maneja con series cortas y no con series de mediana o larga duración histórica. La segunda subraya que la epidemiología utiliza, como principales variables, aquellas que más fácilmente pueden ligarse a procesos biologizados como son el sexo y la edad. Ello no quiere decir que no utilice variables como localización, ocupación, niveles de ingresos o estratificación social, sino que las variables biologizadas son las de mayor y más extenso uso, y que respecto a las otras existe en la mayoría de los casos solo una propuesta descriptiva en la que se pierde su contenido dinámico-social. Esto ocurre, por ejemplo, con la “variable” estratificación social, observando que la epidemiología estadounidense usó y todavía utiliza con mayor frecuencia indicadores raciales y “étnicos” que indicadores sociales para referirse a la estratificación social. Pero, además, la estratificación social no solo ha sido la “variable” de menor uso comparativo, sino que cuando se la usa se la reduce a posición social, de la que desaparecen las dinámicas y relaciones de clase.

Al señalar estas tendencias no pretendo complejizar inútilmente los procesos ni ignoro la urgencia epidemiológica de detectar, por ejemplo, grupos

de riesgo para poder actuar eficazmente, más allá de que correspondan a una u otra clase social. Lo que quiero subrayar es que estas orientaciones biologicistas tienden a simplificar y a opacar parte de las complejidades de los procesos de salud/enfermedad que han tratado de ser reflexionados a través de otros conceptos, como ha ocurrido y sigue ocurriendo con el concepto “estilo de vida”, generado por las ciencias sociales e históricas como un concepto intermedio entre el estrato social y el sujeto. Pero lo que inicialmente fue planteado como un concepto holístico que implicaba toda una serie de características y procesos, el trabajo epidemiológico y también el clínico lo fue reduciendo a un simple indicador de riesgo, eliminando su capacidad explicativa y, sobre todo, operativa (Menéndez, 1998).

No es casual que la propuesta preventivista que, con algunas modificaciones, domina tanto en la práctica médica de países capitalistas, como de los socialistas de Estado, sea la de Leavell y Clark, es decir, la propuesta de la historia natural de la enfermedad. Para el saber médico, la enfermedad es, en primer lugar, un hecho natural, biológico, y no un hecho social, histórico; la enfermedad evoluciona y no tiene historia. Y otro de los rasgos estructurales del modelo médico hegemónico es justamente su ahistoricidad.

Ya señalé que la epidemiología trabaja con series históricas cortas; se dice que esta modalidad es producto de dos hechos: primero la desconfianza en la veracidad de los datos no recientes, dado que a mayor antigüedad de los datos, mayor subregistro y menor calidad de la información; y, segundo, en la necesidad de explicar los procesos actuales y, sobre todo, de solucionarlos lo antes posible. Sin negar la validez parcial de estas afirmaciones, creo que el trabajo con series históricas cortas evidencia el dominio de una concepción según la cual lo biológico no tiene historia. Es considerado una constante con una alta autonomía respecto de las posibles determinaciones sociales.

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

El biologismo y la ahistoricidad hallan su confirmación gracias a otro rasgo: la asociabilidad. Proponer que uno de los rasgos estructurales del modelo médico hegemónico es la asociabilidad puede parecer paradójico, en la medida que durante las décadas de 1960 y 1970 hubo un fuerte énfasis en lo social en las discusiones e investigaciones generadas sobre el saber médico. Pero no debe confundirse la discusión sobre lo “social” con su incorporación

real al saber médico y a su proceso de aprendizaje. Si bien han existido en escuelas de medicina de América Latina experiencias de incorporación de esta dimensión a los programas de estudio, dicha incorporación ha sido casi siempre marginal, yuxtapuesta y/o episódica. Incluso experiencias que asumieron la incorporación de lo social desde los primeros años de aprendizaje médico se discontinuaron o redujeron el tiempo de dedicación.

El saber médico puede asumir que el acto médico constituye tanto un acto técnico como un acto social e ideológico, pero no lo reconoce en su propia práctica, sino que el efecto de lo social lo reconoce en los “otros”. Hechos tan evidentes —como que gran parte de la automedicación con fármacos, la población la ha aprendido del equipo de salud y, en particular, del médico— tienden a ser ignorados o negados por los facultativos. Gran parte del uso erróneo de los fármacos, los sujetos y los grupos sociales lo aprendieron de los propios médicos; y si bien luego —y en función de estudios y de observar las consecuencias en los pacientes— operaron modificaciones en el saber médico, sin embargo, no fueron comunicadas como equivocación o cambio técnico por parte del médico, sino que fueron transmitidas como error popular, generalmente, en términos de automedicación. Este es un proceso que considero interminable y que sigue operando en la relación médico-paciente.

Lo social, reitero, constituye un rasgo que el saber médico puede reconocer en los “otros”, pero que no aplica a sí mismo. La propia formación médica, al igual que la investigación biomédica, aparecen saturadas de procesos sociales que los facultativos no asumen en términos de su significación en la reproducción social que realiza no conscientemente del sistema social en el que opera. Aunque sean datos obvios, necesitamos asumir —y sobre todo los médicos— que el médico hace su aprendizaje sobre la enfermedad y la muerte a partir de cuerpos muertos y vivos de personas pertenecientes a los estratos sociales subalternos, y frecuentemente a los más marginales. La desigualdad social emerge en la práctica médica desde el primer momento del aprendizaje profesional; es decir, se procesa desde la interioridad y no desde procesos externos a su práctica. Esto no solo opera a nivel clínico o sanitario, sino también en la investigación, dado que los sujetos que reiteradamente son usados en la investigación son obtenidos en asilos, orfanatos, cárceles, hospitales públicos para indigentes, cuarteles, etcétera.

Al plantear estos casos no lo hago desde una consideración ética, y no porque no pudiera hacerse, sino porque lo que me interesa es ponderar la red de relaciones sociales e ideológicas dentro de las que opera el saber médico en términos de clases sociales, pero que no asume como tal, sino que refiere

a aspectos técnicos-científicos supuestamente objetivos que limitan ver el saber y trabajo médico en términos sociales.

El análisis de los otros rasgos estructurales daría resultados similares, mientras que el análisis de conjunto permitiría confirmar que el saber médico, tanto en términos clínicos como salubristas, aparece orientado estructuralmente para pensar y actuar sobre los procesos de s/e/a-p en términos de biologismo, ahistoricidad, asociabilidad y de las otras características estructurales, subrayando que accedimos a esta caracterización del modelo médico hegemónico a través del estudio de cuatro dimensiones: la económico-política, la institucional, la ideológica y el propio saber médico.

Reitero que el modelo médico hegemónico, tal como lo planteo, no corresponde exclusivamente al saber clínico, sino también al saber epidemiológico y preventivista, así como a la investigación biomédica. Lo señalo porque en determinados discursos existe una referencia constante a procesos que, según mi análisis, solo están incorporados en forma secundaria al saber médico, ya que una cosa es que el sector salud invoque constantemente la importancia de la medicina preventiva y otra es verificar cuáles son los recursos que en realidad invierte en este tipo de medicina, comparados sobre todo con lo que invierte en medicina asistencial.

Los caracteres enumerados no son fijos, sino dinámicos; dicha dinámica responde a los cambios generados tanto en la sociedad global como en las condiciones autónomas del propio saber médico. Además, la presencia de determinados caracteres no supone desconocer que pueden ser manejados en forma diferencial en el nivel de las representaciones y en el nivel de las prácticas; o si se prefiere, que el discurso médico puede apropiarse de una característica determinada, mientras que su práctica la orienta en forma notoriamente distinta como ocurre por ejemplo con los grupos de autoayuda. La institucionalización y reproducción del modelo médico hegemónico requiere un continuo proceso de reconocimiento/desconocimiento de determinados rasgos como, por ejemplo, el de sociabilidad, ya que determinadas orientaciones médicas —en particular las corrientes de medicina social— invocan esta dimensión, que el modelo médico hegemónico niega continuamente en su práctica.

Esta negación de lo social resulta paradójica dado que, durante la etapa de la institucionalización del modelo biomédico, y en particular entre 1830 y 1890, en varios países europeos se desarrollaron procesos económico-políticos que condujeron a la construcción de una perspectiva que asociaba “pobreza-morbimortalidad-clases peligrosas”, en la que el alcoholismo constituía uno de los principales indicadores. Gran parte de esta “construcción” fue generada e impulsada por médicos, y toda una serie de trabajos dan cuenta de

la situación de la salud de los estratos bajos urbanos tanto a nivel de fábrica como barrial. La desnutrición, la tuberculosis broncopulmonar, el alcoholismo, la prostitución, la mortalidad infantil, así como la estigmatización de las clases bajas como violentas dieron lugar simultáneamente a la generación de estereotipos negativos respecto de las clases bajas urbanas y a la propuesta de cambios radicales o reformistas respecto de la situación dominante, que impactaría sobre las condiciones de salud de los sectores sociales subalternos.

A finales de ese período se generaron algunas modificaciones determinadas por las condiciones económicas que mejoraron objetivamente los niveles nutricionales y de salubridad de los estratos subalternos, sobre todo en los países capitalistas centrales. Otras modificaciones se generaron en el ámbito exclusivamente sanitario, lo cual favoreció el descenso de la mortalidad por determinados padecimientos. Estos cambios no modificaron, sin embargo, las relaciones diferenciales según estrato social en función de las condiciones de salud, ni tampoco eliminaron las condiciones de “pobreza” dominante en las clases subalternas urbanas, aunque mejoraron los niveles de vida de una parte de las clases subalternas y generaron un incremento de la esperanza de vida.

Por lo que, paulatinamente el raquitismo y la tuberculosis broncopulmonar, dominantes en la vida de los trabajadores y de sus hijos, fueron reduciéndose significativamente en países como Inglaterra; y lo mismo podemos decir para toda una serie de padecimientos transmisibles y carenciales que, como describen McKeown, Rosen o Dubois, a la hora en que se implantaron los descubrimientos de la medicina bacteriológica ya habían disminuido notoriamente en esos países europeos (Dubois, 1975; McKeown, 1976). Más aún, McKeown y Record (1962) demostraron, por ejemplo, que el gran descenso de la tasa de mortalidad por tuberculosis broncopulmonar que operó en Inglaterra entre 1840 y 1870 fue debido a mejoras en el nivel de vida, y sobre todo en la alimentación. Investigaciones para EEUU establecen una tendencia similar.

Si bien el higienismo, la medicina llamada racional e incluso el “tratamiento moral” de las enfermedades mentales tomaron en cuenta los procesos sociales, y se desarrollaron estudios sociológicos sobre la pobreza en Inglaterra y Francia, la tendencia dominante de la biomedicina, especialmente desde el último cuarto del siglo XIX, fue imponer el papel central de la biología, tanto en la causalidad como en la solución de los padecimientos, lo cual prevaleció en la biomedicina a partir de los primeros años del siglo XX.

La orientación biológica, asocial y ahistórica es producto de una serie de procesos que comienzan con la profesionalización cada vez mayor de la medicina, que implicó una separación entre el médico como sujeto que

opera en la sociedad civil, con sus ideas sobre la pobreza, las desigualdades o el progreso, y un profesional que busca cada vez más legitimar su trabajo y que lo hace, como ya vimos, a través de identificarse con la ciencia, una ciencia que encontraba en la biología su principal paradigma diferencial. Esto no implica ignorar profesionalmente la relación entre enfermedad y clase social o la relación entre trabajo y enfermedad, pero van a ser pensadas cada vez más en términos de profesionales de clase media y a veces alta.

Ahora bien, esta tendencia dominante de la medicina de la segunda mitad del siglo XIX que coloca en lo biológico la explicación de las enfermedades y que promete curarlas a través de lo biológico, y que además desarrolla teorías como la de la degeneración que explica “científicamente” la violencia y la peligrosidad de las clases bajas urbanas, serán estratégicas para gobiernos y clases dominantes que se sienten amenazadas por las nuevas clases bajas urbanas y, al mismo tiempo, necesitan generar actividades y políticas de protección de la salud de la población que posibiliten reproducir la fuerza de trabajo y que los legitimen. Este doble papel, y sobre todo la posibilidad de eficacia simbólica y más tarde de eficacia real de la biomedicina, llevan a las clases bajas urbanas y más tarde a las rurales a demandar la atención biomédica, pero no respecto del alcoholismo.

La biomedicina desarrolló este doble papel no solo en la segunda mitad del siglo XIX, sino en gran parte del siglo XX, dado que la prioridad de lo biológico le permitió adecuarse a las necesidades ideológicas de los sistemas sociales dominantes. En ese mismo período, como ya señalamos, la teoría de la degeneración posibilitó explicar y proponer controles sociales y profesionales respecto de las clases peligrosas y, durante los primeros cuarenta años del siglo XX, permitió justificar la aplicación de criterios racistas a través de propuestas de tipo eugenésico aplicadas en forma sistemática, como en el caso de Inglaterra, donde se utilizaron indicadores disque-eugenésicos para establecer diferenciaciones en cuanto a posibilidades formativas educacionales de la población. Estos indicadores condujeron a la aplicación de esterilizaciones e incluso a la ejecución, en varios países europeos y en EEUU, de sujetos considerados esquizofrénicos, violadores o incluso alcohólicos incurables, así como a la realización de investigaciones en los cuerpos de sujetos considerados marginales o de razas inferiores, que implicaban una alta tasa de mortalidad en los sujetos investigados.

Durante el siglo XIX, y dentro de una tendencia dominante a encontrar las causales de las enfermedades en la dimensión biológica, el creciente alcoholismo generó un constante problema a la biomedicina, dado que aparece en varios países como la principal enfermedad mental, pero sin poder referirla a causales biológicas. Desde esta perspectiva, la teoría de la degeneración

implicó la recuperación del alcoholismo como enfermedad, ya que podía ser remitido a lo biológico, pero la imposibilidad de la teoría de la degeneración de establecer una localización causal biológica aunada a su fracaso curativo, condujo nuevamente a seguir manejando el alcoholismo como vicio o problema más que como enfermedad.

Ahora bien, esta imposibilidad de la medicina de establecer causales biológicas respecto del alcoholismo desde su reconocimiento como enfermedad a mediados del siglo XIX, constituye recurrentemente una amenaza clínica y epistemológica para la medicina, ante su incapacidad de determinar biomédicamente cuándo el consumo de alcohol es normal (sano), y cuándo anormal (patológico); es decir, cuándo el consumo de alcohol es parte del trabajo médico, y cuando no. Desde esta perspectiva, y de allí su importancia teórica e ideológica, el alcoholismo constituyó una de las principales expresiones de las limitaciones del saber médico; un saber que, como hemos señalado reiteradamente, reconoce el alcoholismo como enfermedad a nivel de discurso, pero lo niega a través de su práctica médica.

Por lo tanto, para algunos analistas, la persistencia de este discurso, que plantea la búsqueda de un origen biológico y la posibilidad de hallar una técnica biomédica eficaz para solucionar problemas como el del alcoholismo, puede tener como objetivo evitar la causalidad social de un problema y, por lo tanto, no intervenir sobre su etiología real. La supuesta “profundidad” biológica puede operar exclusivamente sobre lo manifiesto, ocultando los verdaderos determinantes. Como concluye Freden respecto de la depresión:

Mi actitud hacia el modelo médico es de rechazo. Tiene éste una opinión pesimista y derrotista de la humanidad que nos niega toda responsabilidad sobre nosotros mismos y que define el problema psiquiátrico como si fuera biología humana; no trata a la gente en su contexto social. [...] El tratamiento médico [contra la depresión], cuando mucho, propone un alivio temporal. Permite a la gente, al menos durante un tiempo, manejar su decepción o pérdida, pero a menudo oculta lo que en realidad sucede y deja al paciente en un estado de apatía. Nadie ha tratado de ahondar en su vida diaria, de ayudarlo a dar un mayor significado a su existencia; en lugar de esto, se le dice posiblemente que “todo pasará con el tiempo”. (Freden, 1986, p. 34)

Pero lo que necesitamos asumir es que tanto las enfermedades reales como las imaginarias, dan lugar a la generación y uso de sentidos y significaciones subjetivas y colectivas que operan de diversa manera sobre el proceso s/e/a-p. Las enfermedades, los padecimientos y los sufrimientos generan sentidos y

significados, pero ¿quiénes los generan?, ¿cómo, por qué y para qué surgen dichos sentidos y significados?, ¿qué los mantiene y cuestiona?, ¿cómo se modifican e intervienen en las explicaciones y estrategias de solución de los sujetos y grupos sociales? Cabe destacar que dichas preguntas no son “externas” a la biomedicina, ya que tanto las enfermedades “científicas” como los síndromes culturalmente delimitados —es decir, enfermedades tradicionales— son sociales en la medida que son parte de la vida de sujetos y grupos que tratan de entender, de explicar, de actuar, de convivir con los padecimientos y, por lo tanto, necesitan utilizar significaciones y sentidos.

Que las causas de una enfermedad sean biológicas y que las consecuencias sean físicas no invalida este obvio punto de partida, que es omitido por las instituciones biomédicas. Lo que nos lleva a asumir que las causalidades, los signos, las explicaciones e incluso los tratamientos generados por la biomedicina respecto del alcoholismo contribuyeron a darle sentido y significado a este “padecimiento”, pero que ni los médicos ni la población pudieron sostener con el tiempo. Lo que evidencia que, pese a los foucaultianos, no toda enfermedad, aún las construidas por el saber médico, expresan su capacidad de biopoder.

El énfasis en el conjunto de los caracteres del modelo médico hegemónico y, en particular, en el biologismo, no pretende excluir ni restar importancia a la dimensión biológica, lo cual sería insensato, inútil e irracional. Lo que planteamos es la necesidad de construir un enfoque unificado, en el que lo biológico no constituya el rasgo hegemónico, sino que sea parte de una perspectiva general que lo incluya⁸.

Modelo médico hegemónico: funciones

Descriptas sintéticamente las características estructurales del modelo médico hegemónico, ahora presentaremos también sintéticamente sus funciones, que deben ser referidas no solo a las instituciones médicas, sino también a las relaciones de esta con el Estado y con los sujetos y diferentes conjuntos sociales. El modelo médico hegemónico cumple una serie de funciones que

⁸Subrayo que no pretendo excluir ni subordinar las características biológicas, sino plantear la continua biologización del saber médico, por lo que proponemos la necesidad de trabajar con las diferentes dimensiones de la realidad articuladas, donde cada una adquiera su valor dominante o secundario según los procesos analizados. Pero esta propuesta no es viable ante la hegemonía de lo biológico, una hegemonía que incluso excluye el sentido común dado que, si observamos el incremento de la tasa de suicidios, de la depresión o de los trastornos de atención en varios países y los consideramos de origen genético, estaríamos ante un “desastre genético”.

podemos agrupar en tres tipos: a) el que incluye las funciones asistenciales (curativas), preventivas y de mantenimiento; b) un segundo tipo que se integra con las funciones de control, normalización, medicalización y legitimación, y e) un tercer tipo en que incluimos las funciones económico-ocupacionales.

En un nivel manifiesto las funciones no solo dominantes, sino aquellas con las cuales casi exclusivamente se identifica el personal de salud, son las de atención y prevención, pero asumiendo que también los sujetos y conjuntos sociales identifican la biomedicina con estas funciones, y sobre todo con la asistencial/curativa. La función de mantenimiento únicamente ha sido reconocida en los últimos años, y suele ser rechazada por los médicos. Considero que no hace falta desarrollar el significado de las dos primeras funciones, pero sí aclarar lo que denomino función de mantenimiento.

Como señalé, durante las décadas de 1940 y 1950 se generó un fuerte descenso de las tasas de mortalidad en la mayoría de los países latinoamericanos. Durante los sesenta se produjo un notorio desaceleramiento de esta tendencia que en algunos países expresaba el aumento significativo de las tasas de mortalidad infantil, como fue el caso de México entre 1966 y 1970. Este proceso fue atribuido a condiciones económicas negativas, a la desigualdad socioeconómica creciente, al incremento de la situación de pobreza y “marginalidad”, y a otros procesos sociales. Y es respecto del incremento de la tasa de mortalidad que, por lo menos parcialmente, se plantearon proyectos de extensión de cobertura que permitieran limitar los efectos del sistema social dominante. Esto lo analicé para Yucatán, donde durante la década de 1970 se generó una notable inversión en medicina asistencial a través de un crecimiento espectacular de la oferta de servicios estatales de salud, que intentó paliar las consecuencias de la grave situación socioeconómica.

Durante la década de 1970 asistimos al desarrollo de la crisis socioeconómica más profunda y prolongada desde la crisis de 1929-1932, que articulada con determinados procesos económico/políticos dará lugar al surgimiento de dictaduras militares represivas y neoliberales en varios países sudamericanos. Y es justamente durante esta década y la siguiente que se generan algunas experiencias que permiten entender la función de mantenimiento, dado que en algunos de los regimenes represivos se “contiene” el incremento de las tasas de mortalidad, y en uno de ellos se reducen significativamente las tasas de mortalidad infantil. De los casos latinoamericanos, probablemente el más provocativo sea el chileno, que logró abatir en forma notoria en dichas décadas las tasas de mortalidad general y de mortalidad infantil, colocando a Chile como tercer país con más bajas tasas de mortalidad infantil en Latinoamérica, luego de Cuba y Costa Rica.

Debe indicarse que el “mantenimiento” no necesariamente supone una mejora en las condiciones generales de vida de la población ni, por supuesto, una modificación de los factores económico-políticos que inciden en los procesos de salud/enfermedad. Lo que se modifican o profundizan son algunas estrategias biomédicas preventivas y de atención primaria, que requieren ser aplicadas con continuidad, ya que si se reducen los recursos y/o se discontinúan las actividades es casi seguro que la tendencia de la mortalidad retome las características antes dominantes. Esto implica, en consecuencia, una determinación política por parte del sector salud, de tal manera que la biomedicina puede ser usada en forma aparentemente incongruente con las líneas políticas dominantes en un país determinado.

La medicalización de las tensiones psicosociales y de los desórdenes mentales mediante el uso de fármacos ha cumplido una notoria función de mantenimiento, que debe ser directamente relacionada con la creciente farmacodependencia de los sujetos y conjuntos sociales, por lo menos en contextos como el de los EEUU, pero también en países latinoamericanos como ocurre en el caso de los niños con “trastornos de atención”.

El sector salud puede contribuir a mantener la vida de sujetos con una baja inversión, lo cual es compatible con el proceso de explotación vigente. Pero la práctica médica puede ser usada en otra modalidad de mantenimiento que ha operado en casi todos los países de América Latina; y me refiero a una actividad lamentablemente frecuente, el *mantenimiento* del torturado para que siga hablando. Siendo secundario que en el caso de los trastornos de atención opere una parte significativa del sector salud, mientras en el caso de la tortura intervengan solo unos pocos médicos. El factor determinante es el cumplimiento institucionalizado de estas funciones.

Las funciones agrupadas en el tipo a) son las más ejercidas por los médicos; más aún las de tipos b) y c) se expresan, como ya lo señalamos, a través de actividades asistenciales y preventivas, dado que son este tipo de actividades las que permiten que la biomedicina las lleve a cabo, puesto que no aparecen manifiestamente como funciones de control o de normatividad, sino como actos técnicos. Es esta opacidad y no conciencia, la que facilita su reproducción ideológica a través del saber médico.

Las funciones del tipo b son las que más han sido descritas por los científicos sociales, y es la etnografía del saber médico la que ha dado lugar a poner de manifiesto estas funciones como parte intrínseca de las instituciones médicas; así como ha conducido a proponer a la medicina como un aparato no solo ideológico sino político de Estado. Como una compleja institución donde el control se integra a las acciones clínicas y preventivas; y donde la

normatización de conductas exige incluso el “invento” de nuevas categorías nosológicas.

Debe recordarse que tanto la teoría de la desviación desarrollada en particular por el interaccionismo simbólico, como las teorías de la desviación de orientación marxista, así como las propuestas foucaultianas y gran parte de lo que se denominó antipsiquiatría, tomaron como objeto privilegiado de su análisis y teorización a la enfermedad, al hospital y al equipo de salud.

La investigación antropológica y sociológica ha documentado cómo a través de la higiene, las pautas de nutrición o la medicación de los comportamientos “hiperactivos” infantiles y cada vez más juveniles, la biomedicina transmite pautas de comportamientos consideradas correctas. En este proceso se complementan las instituciones médicas y los grupos familiares, constituyendo una situación extrema de estas funciones el denominado proceso de *criminalización de la víctima*, que encuentra en el alcoholismo una de sus principales expresiones.

Estas funciones, por otra parte, tienden a radicar en la subjetividad, procesos y consecuencias que deben también ser buscados en la estructura social, o por lo menos en la relación estructura/sujeto. Ya que como sostiene McKinlay:

Los puntos planteados contienen ciertas implicaciones de tipo moral y práctico para quienes participan en actividades relacionadas con la salud. Primero, he afirmado que la ideología predominante incluye la imputación de la culpabilidad a individuos y grupos específicos en la manifestación de la enfermedad y la conducta arriesgada. En segundo lugar, se puede argüir que los llamados “profesionales de la salud” se han arrogado la facultad de determinar la moralidad de diferentes tipos de conducta, y que también tienen acceso a un conjunto de conocimientos y recursos que pueden aplicar “legítimamente” a la eliminación o a la modificación de esas conductas. [En tercer lugar] es posible sostener que gran parte de la intervención en la esfera de la salud constituye una fracción del patrón general de ordenamiento social” (McKinlay, 1982 [1974]: 47-48).

Este proceso de medicalización se ha expresado por medio de la expansión de la cobertura médica a cada vez más áreas del comportamiento, convirtiendo algunos problemas y padecimientos sociales en enfermedad, u opacando la determinación económico-política de determinados cuadros de enfermedad generados por “la contaminación”. Lo que, si bien ha sido denunciado persistentemente desde la década de 1970 e incluso desde la propia biomedicina institucionalizada, sigue sin embargo incrementándose.

El proceso de medicalización tiene que ver con varios procesos, pero especialmente con una triple tendencia convergente; por una parte, con la creciente complejidad de la vida cotidiana y la ampliación del campo de las posibles “desviaciones”; por otra, con el desarrollo de la profesionalización médica que refuerza su identidad y poder profesional a través de legitimar, normar, atender y prevenir “desviaciones” y, por último, con las necesidades de un Estado —y de una sociedad— que necesita producir y “tratar” las desviaciones. Freidson ha descrito estos procesos convergentes, que conducen en los hechos a legitimar desde el Estado al saber médico como el único habilitado para operar sobre el proceso salud/enfermedad, pero en la medida que el saber médico legitime a su vez ciertas necesidades de los estados: “La característica más estratégica y apreciada de la profesión médica, su autonomía, se debe por ende a la relación con el Estado soberano con respecto al cual no es realmente autónomo” (Freidson, 1978, p. 39). Freidson analiza las relaciones profesión médica-Estado en varios contextos nacionales para concluir que, en Inglaterra, EEUU o la Unión Soviética, el Estado ejerce control sobre la profesión médica no en el nivel teórico, sino en el de la organización social y económica del trabajo médico (1978, p. 40).

Conrad y Schneider (1980a) han descrito y analizado la medicalización a nivel general, y de algunos problemas en particular, incluido el alcoholismo; concluyendo que la medicalización de los comportamientos ha dificultado encontrar soluciones para los problemas que la biomedicina medicaliza. Por lo cual la medicalización constituye un obstáculo para reducir la incidencia de determinados “padecimientos”; más aún, algunos se están incrementando, como es el caso de los denominados “trastornos de atención”.

Esta descripción de las funciones del modelo médico hegemónico que, como hemos señalado, constituye uno de los principales aportes de la antropología y de la sociología, ha sido cuestionada y rechazada por varias razones. Y al respecto son importantes los textos de Strong (1977; 1979a; 1979b), porque primero sintetizan en forma sistemática las críticas a la medicalización, para luego cuestionar a los críticos. Según este autor, los puntos básicos que señalan los críticos al modelo médico hegemónico son los siguientes: a) la tendencia médica a que los problemas sociales sean tratados en forma profesional, lo que incrementa los intereses ocupacionales y la burocratización del personal de salud; b) la orientación profesional a monopolizar la explicación e intervención sobre los problemas de salud, y a excluir de ello a la población; c) la tendencia biomédica a controlar la naturaleza del problema y a proponer criterios propios que se imponen como criterios técnicos; d) el impulso a expandir los padecimientos medicalizados, y la redefinición profesional de los mismos; e) la tendencia permanente a la medicalización de problemas y

comportamientos; f) la orientación médica a ver la causalidad de los padecimientos en términos individuales, opacando la causalidad social y el papel de los procesos históricos; g) la omisión de que gran parte de los problemas medicalizados son expresión de fuerzas y procesos sociales; y h) la tendencia de la población a convertirse en “adicta” del sistema biomédico.

Enumeradas las críticas a la biomedicalización, Strong plantea que las mismas incurren en varias distorsiones respecto del desempeño real del saber médico; las principales distorsiones serían las siguientes: a) la tendencia a criticar el saber médico a través de los errores y fracasos en campos como enfermedad mental, de los cuales se sacan generalizaciones no correctas; b) se cuestiona la invasión de campos, como por ejemplo el ginecológico, por la actual práctica médica, y se sacan conclusiones negativas sobre las consecuencias, pero los casos presentados pertenecen a otras sociedades, de las cuales la información no es siempre confiable; c) se plantea la medicalización de problemas como el del alcoholismo, pero se puede fácilmente comprobar que hay médicos escépticos respecto de la eficacia de los tratamientos biomédicos; d) hay una tendencia en dichas críticas a subestimar los éxitos técnicos obtenidos por la medicina; e) se sobrestima la “adicción” de la población a la medicina, y f) no se subraya lo suficiente, que el moderno estado capitalista puede controlar las instituciones médicas y su expansión.

Si bien varias de las acotaciones de Strong son parcialmente correctas, no discutiremos aquí el conjunto de sus conclusiones; y solo me interesa señalar que Conrad y Schneider (1980b) cuestionaron varias de las aseveraciones de Strong y sobre todo una de ellas: la que sostiene que la crítica al modelo médico hegemónico se hace a partir de pocos y no significativos ejemplos como la masturbación o la neurastenia. Según estos autores, esto es incorrecto, dado que ellos han analizado casos relevantes como el del alcoholismo que, en 1975, en EEUU, fue la principal causa de hospitalización, ya que el 46% de los pacientes internados fueron por alcoholismo. Pero, y es lo que subrayan en términos de medicalización, las instituciones médicas siguen considerando al alcoholismo como una enfermedad, pese a su ineficacia y a que en el “tratamiento médico” intervienen escasos médicos.

Debe subrayarse que el desarrollo de estas funciones no debe ser referido exclusivamente al “Estado”, como parte del proceso de concentración socioeconómica y política, sino que estas funciones deben ser pensadas para las relaciones Estado-conjuntos sociales, adquiriendo las mismas formas particulares según sean dichas relaciones. El actual énfasis crítico en la hipertrofia de Estado y en la necesidad del desarrollo de sectores, grupos e instituciones “intermedios”, constituye una de las líneas dominantes del pensamiento sociológico desde Durkheim hasta nuestros días; pero esta tendencia, como

quedó claramente establecido en la línea teórica Durkheim-Merton, no supone pensar que los sectores intermedios no siguen reproduciendo al sistema por medio del cumplimiento de las funciones indicadas. Si bien el desarrollo de los sectores intermedios, pueden generar un mayor peso de la sociedad civil, necesitamos asumir que el tipo de sociedad que se constituya dependerá de cuáles sean las orientaciones ideológico-sociales de estos sectores y de los sectores dominantes.

De allí que, actualmente, lo dominante no sea la propuesta durkheimiana, y menos aún las marxistas, sino propuestas y sobre todo acciones que trataron de pulverizar las estructuras en beneficio de los sujetos; y cuyas consecuencias han sido la del incremento de desigualdades socioeconómicas y las de la concentración de la riqueza y el poder, ya no en el Estado, sino a nivel “privado”. En su crítica a los Estados e instituciones monolíticos, diferentes corrientes recuperaron el papel del sujeto y la crítica a las instituciones, lo cual era necesario, pero estas tuvieron consecuencias positivas, y también negativas.

Dentro del campo de la salud mental se tomó como eje de la crítica a la “institución total”, al “hospicio psiquiátrico” en sus variantes capitalistas y socialistas de Estado, proponiendo la “liberación de la locura”, así como la “despsiquiatrización” que implicaba o no el cierre de dichos hospicios. Pero estas propuestas, en su mayoría caracterizadas por el activismo, se resolvieron según fueran las fuerzas sociales que buscaban “la liberación de la locura”; y así mientras ciertas tendencias antipsiquiátricas buscaron, por ejemplo en Italia, cambiar social e ideológicamente los “hospicios” e integrar los “locos” a las comunidad; otras buscaron exclusivamente el cierre para desentenderse de los “locos”, y que cada sujeto hiciera lo que quisiera/pudiera, como ocurrió bajo el gobierno de Reagan en EEUU⁹.

La medicalización/desmedicalización de las enfermedades y, especialmente, de los padecimientos mentales, supone una serie de procesos contradictorios y complementarios donde emergen nociones encontradas sobre los *diferentes* y sobre el papel de las instituciones, que fueron generando una serie de ideas y de propuestas difíciles, complejas, y frecuentemente utópicas, que fueron no solo desapareciendo, sino siendo reemplazadas nuevamente por propuestas simplificadas y mecanicistas. Ya que mientras las propuestas durkheimianas¹⁰ buscaban tratar, por lo menos ciertas “locuras”, a través de

⁹Para un análisis de este proceso en sociedades capitalistas centrales, ver Castel *et al.*, 1980.

¹⁰Lo que hay que rescatar de la propuesta durkheimiana es que la existencia de grupos “intermedios”, pero también de microgrupos, posibilita la existencia de sujetos y grupos de apoyo y de autoayuda, que pueden o no constituir una alternativa más o menos autónoma y no medicalizadora respecto de problemas como el suicidio.

las relaciones sociales, y toda una diversidad de corrientes psicoterapéuticas y especialmente las antipsiquiátricas buscaban modificar la realidad; el omnímodo *biopoder* nos congeló en ideas que dejaron de pensar en la posibilidad de cambios.

Y al respecto me impacta como la imaginación foucaultiana se ha difundido en diversos medios intelectuales, incluido el de la salud mental, dado que dicha imaginación basada en las locuras de la época clásica y sobre todo en las del siglo XIX, tiene poco que ver con los significados reales y simbólicos de los hospicios de la segunda parte del siglo XIX, como de todo el siglo XX en países como Francia, EEUU o de varios países latinoamericanos. Primero, porque si bien hay una expansión de ciertas “locuras” durante la segunda mitad del siglo XIX, el número de “locos” internados ha sido mínimo e irrelevante en cualquiera de dichos países; segundo porque en los hospicios la mayoría de los internados, se estima entre el 40% y 50%, lo eran por alcoholismo, lo que omiten estudiar Foucault y los foucaultianos; y tercero, porque gran parte de los “internados” y especialmente los alcohólicos, salían de casi todas estas instituciones cuando querían, pese al biopoder de los “hospicios”.

El tercer tipo de funciones refiere a uno de los campos más investigados, el de las industrias de la salud y de la enfermedad, que son “industrias” de notable dinámica económica, que además han generado una demanda de mano de obra comparativamente alta. En los países capitalistas centrales, el sector servicios es el que crea el mayor número de nuevos empleos; y es el sector salud uno de los que más contribuye a esa dinámica, de tal manera que en EEUU dicho sector es el segundo generador de puestos de trabajo. Pero, además, todos los análisis indican que el servicio de atención a las enfermedades y sobre todo a los enfermos en términos “cuidadores”, se constituirá en el futuro, por lo menos en los países capitalistas centrales, en el principal productor de puestos de trabajo.

El costo de la atención médica; el costo en equipos, fármacos, recursos humanos, etc., configura una parte creciente del PBI, reforzada constantemente por la orientación asistencial del modelo médico hegemónico. Ya en 1972, Cochrane, analizando la eficiencia médica, concluía que la mayoría de la inversión médica se destinaba a diagnósticos y tratamientos, cuya eficacia era por otra parte dudosa. Lo cual en el caso del alcoholismo es paradigmático, puesto que en países como EEUU el costo global ha pasado de 25.000 millones de dólares en 1971 a 125.000 millones en 1983. Y este aumento se genera sin que se evidencie una mayor eficacia curativa, en países como EEUU.

Posiblemente hayan sido el desarrollo de la industria químico-farmacéutica y la extraordinaria expansión de la medicina farmacológica los casos más analizados desde esta perspectiva, incluso para América Latina. Pero

los factores económico-ocupacionales no solo debieran considerar la producción directa de medicamentos y de servicios o la generación de empleo, sino incluir también a los productores de enfermedad. Es decir, a las consecuencias negativas generadas para la salud colectiva por un desarrollo económico que no incluye dichos costos en su propio proceso productivo; y al señalar esto no me estoy refiriendo solo a los alimentos chatarra, o a tabaco y alcohol, sino al complejo productivo global. Como señalan varios autores, en el costo de un producto no se incorpora el costo social que éste genera; así, por ejemplo, en el costo de un automóvil no están incorporados los costos de construcción y mantenimiento de carreteras y de puentes; de utilización de hospitales y de servicios policiales y jurídicos; de polución ambiental y problemas de tráfico; de muertes por accidentes; y lo mismo ocurre en el caso de la producción de refrigeradores o de soya.

La relevancia de estos tres tipos de funciones no debe reducir el modelo médico hegemónico a un simple aparato ideológico de Estado, o a proponer que su papel básico actual sea el de contribuir a la reproducción socioeconómica e ideológica a través del proceso s/e/a-p. Las actividades médicas, mediante el conjunto de las funciones analizadas, contribuyen en forma significativa a la reproducción socioideológica y económica, pero a partir de la identificación y utilización del saber médico como eficaz tanto en términos asistenciales como preventivos.

Las actividades asistenciales que dominan la biomedicina, y que se expresan en la estructura y funciones analizadas, constituyen el núcleo transaccional de las instituciones médicas, que establecen la posibilidad de identificación y pertenencia profesional, aun cuando las mismas no den una solución estructural al problema tratado, en nuestro caso el alcoholismo. La biomedicina “sabe” que existen causales estructurales no biológicas respecto de algunas de las principales causas de mortalidad, pero también “sabe” que sus posibilidades institucionales de intervenir sobre lo estructural son limitadas o directamente imposibles en la medida que dominan las actuales orientaciones del modelo médico hegemónico, y de sus relaciones con los Estados. La biomedicina se identifica en primer lugar con las actividades asistenciales, y en un muy segundo lugar con las preventivas, excluyendo el resto de las funciones señaladas; pero además tiende a excluir en la práctica la posibilidad de utilizar alternativas preventivistas más eficaces, aun cuando esto va a depender de los diferentes tipos de sociedades, y no solo de sus regímenes políticos.

Para algunos autores, como McKinlay, la prevención aparece estructuralmente subordinada en el modelo médico hegemónico a los objetivos económicos; y desde esta perspectiva, las funciones económico-ocupacionales deben ser relacionadas con uno de los rasgos básicos del modelo: la

mercantilización. Esta categoría supone que tanto en términos directos como indirectos las instituciones médicas están determinadas por el mercado. La desregulación económica, impulsada por un proceso en el que el mercado pretende ser el único determinante, fortalece aún más el dominio de relaciones mercantiles dentro de la medicina oficial y no solo de la privada; lo que no ignora que se realicen algunas acciones preventivas que limitan la mercantilización de la salud y enfermedad en países de capitalismo dependiente y, sobre todo, en algunos países centrales con orientación socialdemócrata.

Los términos “deshumanización” o “despersonalización”, que suelen utilizarse para describir la relación institución médica/paciente aluden en gran medida a este proceso de mercantilización vivido por la población según las condiciones de su relación con los servicios de salud. No son solo los sistemas de prepago, los seguros médicos, la publicidad para autovenderse como profesional, lo que opera en los conjuntos sociales para ser mediadas por el dinero sus relaciones con la práctica médica. Las huelgas médicas, los conflictos donde el eje lo constituyen los bajos salarios del equipo de salud, la carencia de recursos materiales básicos para atender los padecimientos dado el desfinanciamiento del sector salud, tienden a establecer un marco de relaciones mercantiles respecto del proceso s/e/a-p, sobre todo en una parte de los países de capitalismo dependiente. El precio de un accidente laboral o de transporte; el costo y comercialización incluso clandestino de órganos para trasplante; la compra/venta de sangre, etc., deben ser incluidos en este contexto mercantilizado.

Las tendencias neoliberales actuales hallan posiblemente en el proceso s/e/a-p la expresión más negativa de las consecuencias de este tipo de concepciones ideológicas, ya que según Bobbio:

Un sistema que no conoce otra ley más que la del mercado, que por sí misma es completamente amoral, basado en la ley de la oferta y la demanda, y en la consecuente reducción de cualquier cosa a mercancía, con tal que esta cosa, llámese dignidad, conciencia, el propio cuerpo, un órgano del propio cuerpo, el voto... encuentre quien esté dispuesto a comprarla. Un sistema en el que no se puede distinguir entre lo que es indispensable y lo que no es. Partiendo de la soberanía del mercado, ¿cómo se puede impedir la prostitución y el tráfico de drogas? ¿Con qué argumento se puede impedir la venta de los propios órganos? y por lo demás ¿los partidarios del mercado no sostienen que la única manera de resolver el problema de la penuria de los riñones para trasplantar es la de ponerlos en venta? [...] En una entrevista, Heinrich Boll dijo: “Si no existe una fuerza capaz de

oponerse al materialismo del mercado, no importa de qué tipo sea la fuerza, religiosa, política, ideológica, entonces nos venderemos a nosotros mismos e incluso a nuestros nietos. (Bobbio, 1990).

La crisis del modelo médico hegemónico

Si bien las críticas a la biomedicina han sido constantes, sin embargo, el modelo médico hegemónico comenzó a ser cuestionado a partir de nuevos aspectos durante la década de 1960, alcanzando su máxima expresión en la de 1970. Las críticas al modelo surgieron inicialmente en los países capitalistas centrales, y luego fueron asumidas por los países dependientes. Dichas críticas evidenciaron toda una serie de procesos negativos, que ordenaré en dos apartados. El primero, en el cual se enumeran los cuestionamientos emergidos en los países centrales; y el segundo, que refiere en particular a la situación de los países latinoamericanos.

Los principales cuestionamientos que integran el primer apartado son los siguientes:

- a) el aumento del costo de la atención de la enfermedad, que debe ser relacionado con el intento de reordenamiento financiero de los gobiernos conservadores y neoliberales que pretenden intervenir reduciendo en lo posible el financiamiento del sector salud oficial, incluidas las instituciones de seguridad social;
- b) el aumento constante del consumo de fármacos y, en particular, de sustancias que pueden ser nocivas para la salud, así como la denuncia de una carencia de vigilancia técnica sobre la calidad de una parte de los fármacos;
- c) la incidencia cada vez mayor del precio de los medicamentos en el gasto público, que constituye una creciente amenaza para el equilibrio de los presupuestos nacionales; en algunos países centrales el consumo llegó a representar cerca del 10% del PBI en la década de 1970;
- d) el incremento de la “intervención médica” en los comportamientos sociales, que implica la normalización de determinadas prácticas médicas como fueron la extirpación de amígdalas en las décadas de 1930 y 1940, el incremento constante del parto por cesáreas desde la década de 1960, el impulso al consumo de fórmulas lácteas en lugar de leches maternas desde la década de 1970, y la construcción de nuevos padecimientos, como la hiperquinesis infantil, desde 1950;
- e) el incremento de la iatrogenia negativa;

- f) los cambios del perfil epidemiológico, que evidencia la eficacia limitada de la práctica médica respecto de algunos padecimientos, así como el papel creciente de las funciones del segundo tipo;
- g) el predominio de criterios de productividad y rendimiento en la atención médica, en detrimento de la “calidad”;
- h) la comprobación de que algunas técnicas sencillas y baratas operadas por la comunidad pueden ser más eficaces que la utilización de técnicas complejas, sofisticadas y costosas, incluso para algunos de los principales problemas que afectan a la población, como fue el caso de los sobres de rehidratación oral;
- i) el “redescubrimiento” de que el sector salud es primordialmente asistencial, y que la gran mayoría de los recursos se invierten en el segundo y sobre todo en el tercer nivel de atención;
- j) el reconocimiento de los denominados “productores de enfermedad“, localizados en las industrias de alimentos, tabacalera, alcoholera, químico-farmacéutica, etc., y la subordinación política del sector salud a dicha industria de la enfermedad;
- k) el reconocimiento —localizado primero en la acción psiquiátrico-psicológica y luego en la práctica médica general— de que determinadas actividades nacionales e internacionales preventivas pueden tener objetivos de control social e ideológico, como es el caso de la “guerra contra las drogas” en EEUU y en México;
- l) el descubrimiento de que, pese al descenso de las tasas de mortalidad general y al incremento de la esperanza de vida, se ha generado un estancamiento y en algunos casos un incremento de la mortalidad en varones en edad productiva;
- m) el reconocimiento de las desigualdades personales y sociales ante la muerte, incluso en países de medicina socializada, ya que prácticamente toda la epidemiología que utiliza criterios de estratificación social verifica que los estratos sociales más bajos tienen las más altas tasas de mortalidad; y
- n) la evidencia, en la década de 1970, de las limitaciones o directamente del fracaso de la intervención médica y psicológico-psiquiátrica respecto de los principales problemas de “salud mental” como alcoholismo, drogadicción, depresión o suicidio.

En los países de capitalismo periférico se ha planteado también la existencia de una crisis de este modelo, pero no con el énfasis que se le dio en los países centrales. Entre nosotros, la crítica fue también más tardía —en la década de 1970— y reitera problemáticas previamente puestas en evidencia,

incorporando otras consideradas como secundarias a nivel central. Los principales indicadores de la crisis del modelo médico hegemónico en América Latina han sido:

- a) el estancamiento en el descenso de las tasas de mortalidad en la década de 1960, así como la notable persistencia de las muertes “evitables” en el perfil epidemiológico;
- b) el mantenimiento y, en algunos contextos, el incremento del problema del hambre articulado con la reducción de la lactancia materna previamente inducida por el sector salud;
- c) luego de casi dos décadas de contención y limitación del paludismo, incremento de las tasas de morbilidad a partir de finales de la década de 1970;
- d) el continuo aumento de la mortalidad por accidentes que en la mayoría de los países pasa a ser parte de las primeras cinco causas de muerte;
- e) el mantenimiento e incremento de la mortalidad por homicidio, que va colocando a América Latina en la región con mayores tasas de asesinatos sobre todo en jóvenes y adultos menores de 35 años;
- f) el incremento continuo de las consecuencias del alcoholismo en términos de morbimortalidad;
- g) el incremento de viejos problemas que aumentan su virulencia, en particular tuberculosis broncopulmonar y enfermedades venéreas;
- h) la crisis de financiamiento de los diversos sistemas de seguridad social, cuyas expresiones más notorias actualmente son Argentina y Uruguay y se estima que la crisis se agravará;
- i) el empeoramiento de problemas de infraestructura básica sanitaria que asegure condiciones mínimas de salubridad. Los sistemas de drenaje, de aprovisionamiento de agua potable, de control de basuras, y de contaminación se deterioran, colocando a varias ciudades de Latinoamérica entre aquellas con mayores posibilidades de “colapso urbano”;
- j) la carencia de un primer nivel de atención, que prácticamente no existe respecto de las enfermedades mentales en la mayoría de los países de la región.

La crítica al modelo médico hegemónico y el análisis de la crisis provinieron de diferentes orientaciones teórico-ideológicas, aunque no todos plantearon la crisis como estructural, ya que algunos propusieron una recuperación modificada de este modelo. Las principales orientaciones críticas que me interesa señalar fueron, en primer lugar, las generadas desde dentro del propio modelo médico hegemónico, y que buscan modificar la orientación

hegemónica impulsando las prácticas preventivistas y la atención primaria. La OMS y la UNICEF durante las décadas de 1970 y 1980 son la expresión más significativa de esta orientación, y son estas organizaciones las que han recomendado a nivel internacional modificar e impulsar las estrategias de atención primaria, aunque en términos focales y no integrales.

Paralelamente tenemos el desarrollo de posiciones expresamente “anti-científicas” que generaron una crítica radical, aunque “reaccionaria”, hacia el modelo médico hegemónico, ya que este aparece como una de las máximas expresiones de la racionalidad tecnológica impuesta al mundo por la sociedad occidental y que necesita ser superada. En su crítica al modelo médico hegemónico esta orientación ha recuperado la “pobreza” y la eficacia de la medicina popular y ha impulsado parcialmente experiencias de atención primaria. Contrariamente, aunque coincidiendo en algunos puntos, se desarrollaron críticas desde una perspectiva económica neoliberal que son las que comparativamente tuvieron mayor éxito en términos políticos e ideológicos. Partiendo de indicadores como la ineficiencia y el aumento constante de los costos, ha propuesto una revisión en términos costo-beneficio de la orientación del modelo médico hegemónico. Su eje no lo constituye la hegemonía de lo curativo, o la irracionalidad tecnológica, sino el derroche, la irresponsabilidad y, sobre todo, la necesidad de privatizar la salud y el Estado.

Y, por último, desde una perspectiva radical progresista, se han desarrollado cuestionamientos teóricos y experiencias “alternativas” que se han movido en un amplio espectro que va desde lo económico-político hasta lo cultural. Sus propuestas responden a una gama de posibilidades que van desde el reforzamiento de una atención primaria en manos del Estado hasta las experiencias más radicalmente autogestionarias.

Por razones de muy diversa orientación teórica y política, la atención primaria es considerada como el instrumento más viable para resolver o agudizar la crisis del modelo médico hegemónico, entre otras cosas porque dicha estrategia ha constituido hasta ahora la principal respuesta —por lo menos a nivel de discurso— del sector salud organizado para enfrentar su crisis, tanto en eficacia asistencial como en términos de gasto público; recordando que, para Latinoamérica, la principal y casi única estrategia de atención primaria referida al alcoholismo la constituye Alcohólicos Anónimos.

Lo propuesto hasta ahora en forma intencionalmente esquemática, constituye el contexto necesario para analizar el desarrollo de las estrategias contra la enfermedad, tomando en cuenta que su aplicación médica necesita entenderse a través de un constante desarrollo de dicho saber a través de investigaciones biomédicas llevadas a cabo o inducidas desde los países centrales, pero cuya aplicación es diferencial en función de las posibilidades de

uso por parte de los países centrales y los periféricos. Y ello además, en términos de estratificación social dentro de ambos tipos de países.

Durante la década de 1960, como señalé previamente, se descubre que la caída de la tasa de mortalidad general se desacelera en la mayoría de los países de América Latina, pese al incremento del costo de la atención a la enfermedad. En la década de 1970 esto se correlaciona, primero, con el mantenimiento de la situación de subdesarrollo dependiente y, segundo, con el desarrollo de una prolongada y profunda crisis económica que afecta negativamente los niveles de vida de los conjuntos subalternos. Pese a la tendencia decreciente, se observa que la esperanza de vida de los países de alto desarrollo capitalista duplica y hasta triplica la de algunos países africanos y asiáticos, y cabe recordar que en los primeros domina ampliamente la biomedicina mientras, en los segundos, y especialmente en los países africanos, tiene su menor desarrollo y están vigentes las medicinas tradicionales.

Es justamente durante la década de 1960 que surge o, mejor dicho, resurge la concepción de la atención primaria basada en la articulación comunidad-sector salud para poder actuar en situaciones de pobreza, crisis prolongada y en la forma más eficaz y barata posible. Es entonces cuando se recupera el uso de medidas simples y, en su mayor parte, conocidas, como el conjunto de las estrategias básicas agrupadas en la sigla GOBI-FFF, que evidencian en la práctica su capacidad para limitar la mortalidad infantil en la medida en que sean aplicadas sistemáticamente.

Estas medidas fueron pensadas para el conjunto de países dependientes, en la mayor parte de los cuales no existía personal de salud, en particular médicos y enfermeras, o existía en forma muy reducida. Tanto por esta situación como por razones de tipo ideológico-técnico y/o por planteos preocupados por abatir costos, la participación comunitaria fue considerada decisiva para una aplicación exitosa de las estrategias de atención primaria, más allá de que se utilizara o solo fuera parte de discursos sanitaristas.

El médico o la enfermera diplomada, y esto debe ser claramente planteado, en términos teóricos constituyen figuras secundarias para un programa de atención primaria, que refiere gran parte de las actividades a la comunidad y a la gestión de promotores de salud incluidos los curadores tradicionales y populares. Que esto no ocurra en la mayoría de los programas latinoamericanos, incluso en zonas carentes de personal profesional, constituye una contradicción con la concepción ideológica y técnica que avala el impulso de las estrategias de atención primaria y que fue convalidada en la reunión de Alma-Ata, en 1978.

El éxito de estos programas está basado en el trabajo comunitario y en la supervisión médica constantes, así como en la aplicación de tecnología

sanitaria simple que pueda ser comprendida y usada con autonomía por la comunidad. Múltiples investigaciones han evidenciado el aprendizaje y correcto uso de estas estrategias por parte de los conjuntos sociales. Además, por razones de mercado, la industria químico-farmacéutica ha diseñado productos cada vez más sencillos para favorecer la autoadministración y, por supuesto, también la reproducción ampliada del capital.

Se ha generado, en consecuencia, una suerte de doble ruta: una, que corresponde a los caracteres estructurales del modelo médico hegemónico y que se expresa en una práctica médica predominantemente asistencial, costosa, de eficacia hasta ahora reducida para el nuevo perfil epidemiológico, basada en la acción médica, y sobre la cual se han generado las principales críticas técnicas, ideológicas y económicas ya señaladas; y, otra, que desarrolla un enfoque preventivista respecto de las patologías que más afectan la mortalidad en los países dependientes; acción preventivista que se desarrolla en gran parte a través de la atención primaria, que incluye el saneamiento del medio ambiente y considera que el eje de dichas actividades debiera ser la comunidad. Esta es una medicina barata, simple y eficaz respecto de las patologías dominantes que, en términos de morbilidad, y en algunos casos de mortalidad, en nuestros países, siguen siendo las enfermedades infectocontagiosas.

Cabe aclarar que no ignoro la creciente presencia de enfermedades crónico-degenerativas, que constituyen actualmente en gran parte de los países latinoamericanos las primeras causas de mortalidad, y que implican la presencia permanente o periódica de personal médico. Pero considero que es a nivel de la atención primaria que también deben detectarse y tratarse las crónico-degenerativas, a través de un trabajo de formación médica y comunitaria específicos. Y, en todo esto, el papel de las enfermedades mentales y las formas de enfrentarlas a nivel de la atención primaria y, por supuesto, especializada, aparece casi excluido.

En sociedades en las cuales el personal médico es escaso, la “nueva” propuesta de atención primaria médico-comunitaria no genera demasiados conflictos a nivel profesional, pero en sociedades con alta producción de profesionales y creciente desocupación médica, la atención primaria emerge como una alternativa ambivalente. Por una parte, puede ser una forma de obtener ocupación, pero implica baja remuneración y una supuesta descalificación en la práctica de su saber profesional, ya que el médico actual busca sobre todo especializarse y no trabajar en atención primaria. El médico considera que en el primer nivel de atención desarrolla una medicina de segunda a pacientes considerados también de “segunda”. Además, para una serie de analistas, las estrategias de atención primaria son la forma en que el Estado abarata costos a partir de reducir inversiones, entre ellas la de los salarios de

los profesionales médicos. Paradójicamente, estas críticas son usadas tanto por una parte de los médicos desocupados, como por un sector de los profesionales y de corrientes políticas que ve la solución en la “privatización” de los servicios estatales.

Tal como lo hemos analizado en varios trabajos (Menéndez, 1981, 1982a, 1983, 1990), la atención primaria real debe estar basada en los grupos primarios que funcionan en toda comunidad y, especialmente, en el grupo familiar, los que constituyen en los hechos el primer nivel de atención, y respecto de los cuales el personal de salud debiera operar como un segundo nivel de atención, pero relacionado estrechamente con el primer nivel de atención que proponemos.

Esta propuesta no niega la necesidad e importancia del saber médico ni idealiza los grupos sociales, sino que asume radicalmente tres hechos complementarios: a) la mayoría de los padecimientos más frecuentes pueden ser eficazmente atendidos a nivel de los grupos primarios, y la eficacia es aún mayor cuando se eleva el nivel de vida de los conjuntos sociales y, especialmente, su nivel educativo; b) debe tenderse a reforzar realmente la autonomía de los grupos intermedios respecto del Estado y/o de la sociedad dominante, sobre todo a partir de concepciones autogestionarias; y c) la mayoría de los médicos, como se señaló, no están interesados en trabajar en atención primaria, y menos cuando tienen que hacerlo en medios rurales.

Ya indiqué que la autoatención debiera ser reconocida como lo que es, el primer nivel real de atención, lo cual implicaría que el sector salud debiera utilizar esta forma de atención en sus programas de actividades, pero a partir de reconocer su autonomía relativa. Ello implicaría ejercer un saber médico a nivel de atención primaria no solo asistencial, sino cumpliendo actividades de asesoría, de prevención, de promoción articulado con los grupos que operan a nivel vecinal o comunitario. Ahora bien, respecto del segundo y del tercer nivel de atención, el personal de salud también tendría que operar a través de relaciones con los grupos que representan a los pacientes, en la medida que haya organizaciones de este tipo.

Es respecto de estos hechos que deben ser analizados fenómenos que, si bien ocurren y adquieren carácter de gravedad, no pueden ser desprendidos de los objetivos básicos que deben plantearse respecto de las relaciones modelo médico hegemónico-sociedad. Si en la década de 1960 toda una serie de corrientes críticas, en alguna de las cuales me incluyo, cuestionaba la medicalización y psiquiatrización/psicologización crecientes de la sociedad, resulta paradójico e incongruente que ahora asumamos dichas funciones como correctas o, por lo menos, necesarias, en función del creciente desempleo de médicos y de psicólogos.

Y al señalar estos procesos no niego que una parte de las funciones cumplidas por el sector salud y la biomedicina en general impliquen una suerte de acuerdo tácito con una población que necesita cada vez más dejar sus enfermos crónicos, sus discapacitados, sus dementes seniles, sus mujeres agredidas en manos de instituciones, dado que no tienen los recursos humanos propios o la capacidad económica y/o los tiempos de vida para “contenerlos”.

Ahora bien, si la crisis del modelo médico hegemónico —y especialmente en términos de atención primaria— la referimos al problema del alcoholismo observamos que, pese al incremento de todos los indicadores negativos, prácticamente no existen en la mayoría de los países latinoamericanos actividades del sector salud planificadas respecto de dicho problema, salvo las ya citadas de los grupos de Alcohólicos Anónimos. Por otra parte, debe señalarse que estos grupos se constituyeron no solo al margen del sector salud, sino que en América Latina hasta la década de 1970 fueron explícita o calladamente rechazados por una parte del saber y las instituciones médicas.

En consecuencia, debe reconocerse que, respecto de una de las principales causas de mortalidad para varios países de Latinoamérica y pese a la reorientación del saber médico oficial hacia la atención primaria, el saber médico no ha desarrollado actividades eficaces en este nivel. Las estrategias de atención primaria aplicadas respecto del alcoholismo en algunos países como Colombia, Chile, México o Argentina, fracasaron salvo en lo referente a los grupos de Alcohólicos Anónimos. El alcoholismo coloca al modelo médico hegemónico ante los límites ideológicos y prácticos de su crisis dado que, por lo menos en algunos contextos, el instrumento más eficaz ha sido Alcohólicos Anónimos o instituciones médicas y no médicas privadas que incluyen a los grupos o por lo menos las concepciones de Alcohólicos Anónimos, lo cual constituye una paradoja, dado que esta agrupación sostiene la no inclusión de la biomedicina en sus estrategias de autoayuda.

Por lo tanto, lo que observamos en países como México es que la reorientación hacia la atención primaria médica no se ha dado en el caso del alcoholismo, y que los escasos recursos dedicados a este problema solo operan en el segundo y tercer nivel de atención. Es decir, se ha reducido la atención primaria a los grupos de autoayuda, lo cual no sabemos si constituye un “principio de realidad” ante la falta de eficacia biomédica, o una manera de desentenderse del problema pese a los graves hechos que se han detectado en el caso de los llamados “anexos”¹¹.

¹¹En la década de 1980 se desarrollan los llamados anexos, que son grupos donde el alcohólico es internado “libremente” o por la presión familiar, y que mantienen a los alcohólicos encerrados por un tiempo determinado tratando de inculcarles principios morales de autocontrol y

Como veremos más adelante, el sector salud y, sobre todo, las instituciones psiquiátricas oficiales no podían abandonar este problema y por eso formularon programas de intervención que, o no entraron en funcionamiento o tuvieron muy escasos logros, pero sin asumir públicamente la necesidad de que el alcoholismo fuera pensado y encarado a través de formas predominantemente no médicas.

abstención, que frecuentemente supone el uso de castigos psíquicos, pero también físicos. En última instancia, constituyen una continuidad del “tratamiento moral”. Los grupos no están organizados ni dirigidos por médicos o psicólogos, aunque estos pueden ser referentes para algunas intervenciones. Se supone que los “anexos” son supervisados por el sector salud. En algunos de estos anexos se generaron episodios de graves agresiones físicas y de privación de libertad, que incluso llevaron a la muerte de algunos de los internados.

Capítulo 4

La crisis del modelo médico hegemónico: el caso del alcoholismo y los saberes médicos

Tu diagnóstico es sencillo, sé que no tengo remedio.

Tango, José Betinotti, 1922

En el capítulo anterior hemos descripto la estructura, función y crisis del modelo médico hegemónico; por lo que en este capítulo trataré de observar el conjunto de dichos procesos a través del problema del alcoholismo. Como ya lo señalamos, el alcoholismo surge como problema médico-psiquiátrico entre finales del siglo XVIII y mediados del siglo XIX, siendo reconocido como enfermedad por el médico Magnus Huss (1807-1890), en 1850. Durante la segunda parte del siglo XIX y primeras décadas del siglo XX, el alcoholismo y sus numerosas variantes constituyó en países como Francia o México una de las principales causas de enfermedad mental y la primera causa de internación en hospicios e instituciones similares.

El alcoholismo, como vimos, aparece relacionado en forma directa con toda una variedad de enfermedades físicas y mentales, y con toda una variedad de problemas sociales, que generaron no solo una fuerte preocupación médica y social sobre sus consecuencias en términos de enfermedad, sino que dieron lugar a la generación de una serie de representaciones sociales negativas contra el alcoholismo, el cual es identificado como uno de los principales problemas de las clases bajas urbanas. El saber médico emerge así como el principal productor de dichos estereotipos negativos a través de las tendencias dominantes dentro del saber médico, en general, y del psiquiátrico, en particular, de tal manera que tanto el “tratamiento moral” como la teoría de la degeneración ven el alcoholismo como el principal problema de salud mental, y al alcohólico como un sujeto peligroso debido a su violencia “furiosa” expresada paradigmáticamente en el *delirium tremens*, pero

que era asociada, incluso en las propuestas médicas a la peligrosidad política de las clases bajas urbanas que hallarían su principal expresión política en la “comuna de París” de 1871.

El alcoholismo, principalmente a través de la teoría de la degeneración, pasó a ser en países como Francia y México el culpable de la caída en la prostitución, de la generación de idiotas y epilépticos, pero también de la infertilidad, de la inmoralidad, de la baja productividad laboral, de los homicidios y de los peligros de insurrección por las llamadas “clases peligrosas”. Esto condujo al surgimiento de las políticas prohibicionistas que, con matices muy diferenciales, se aplicaron en los países capitalistas centrales y dependientes, pero también en la recién constituida Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas, y más tarde en la Alemania nazi.

La aplicación de las políticas prohibicionistas expresa varios procesos pero, especialmente, uno: el fracaso de la biomedicina en la explicación, atención y prevención del alcoholismo, lo que condujo a que tanto la biomedicina como los médicos la vieran como un problema incómodo, que comenzó a ser relegado como un padecimiento de bajo interés, pese a la persistencia de su gravedad y de sus consecuencias. Ahora bien, como ya señalamos, el alcoholismo comienza a ser retomado como problema médico desde la década de 1940, en especial en EEUU, pero inicialmente ligado al campo de la nutrición, para luego ser retomado como problema de salud mental hasta la actualidad.

Pero ¿qué es el alcoholismo?

Pese a su recuperación como problema, actualmente —al igual que en el pasado— no se ha podido establecer con claridad qué es el alcoholismo, ni definir con precisión sus tipos o clases más allá de criterios de cantidad y frecuencia; así como tampoco se ha logrado establecer indicadores confiables para un diagnóstico temprano del problema. Esta situación aparece aún más confusa para la práctica terapéutica, pues salvo para la desintoxicación, los diferentes tipos de tratamiento aparecen simplemente como azarosos y poco eficaces.

Esto puede parecer una exageración o simplificación, pero todas las revisiones del problema, aun las más optimistas como la de Edwards (1980), establecen este confuso panorama diagnóstico y terapéutico. En una revisión de las definiciones, clasificaciones, indicadores y estrategias terapéuticas realizadas por Di Pardo y Menéndez (1981) se concluye que actualmente no existe acuerdo teórico más allá de los operativos, y que aun aquella categoría diagnóstica que pretende ser más precisa, es decir el síndrome de dependencia,

aparece inconsistente entre quienes lo proponen. Como dice reiteradamente Edwards, carecemos de un modelo bien trabajado y válido que explique el alcoholismo.

Pero la dificultad en la definición del alcoholismo tiene una notoria continuidad histórica dentro de las prácticas y las teorías médicas, ya que como concluye Keller:

La definición del alcoholismo (y de los alcohólicos) ha sido marcada por incertidumbre, conflicto y ambigüedad. Ello fue puesto en evidencia por Bowman y Jellinek en 1941 en su revisión de las clasificaciones explícitas e implícitas del alcoholismo. En 1959 Marconi expone la misma situación en su revisión histórica del concepto. (Keller, 1966, p. 310)

En la década de los cincuenta, Jellinek (1960, 1977) produce sus decisivos trabajos sobre el “alcoholismo como enfermedad” y, como subrayan Conrad y Schneider (1980), uno de los ejes de los estudios de Jellinek era poder establecer la distinción entre el alcoholismo como problema que podría ser tratado y resuelto por los médicos, y el alcoholismo como problema tratado en términos de sociología aplicada. La categorización médica refiere a la condición de dependencia, que focaliza en la dependencia física, quedando como secundarias las dimensiones psicológicas y sociales de la dependencia.

Durante este lapso la American Medical Association (AMA) reconoce el alcoholismo como enfermedad, y se suscita una recurrente discusión sobre esta definición. Autores de diferentes tendencias teóricas critican la vaguedad e incongruencia con que la AMA define alcoholismo, así como su difícil aplicación clínica y/o epidemiológica. Esto fue conduciendo a la propuesta de otro tipo de definiciones cada vez más simples, pero marcadas por la ambigüedad.

La redefinición del alcoholismo como enfermedad, si bien fue reconocida como un aporte positivo en términos ideológicos —sobre todo en la relación comunidad/alcoholismo, dado que trataba de desestigmatizar al alcohólico— fue, sin embargo, reiteradamente cuestionada en función de otras consecuencias también planteadas en términos socioideológicos. A partir del reconocimiento de que la propuesta de Jellinek contribuía a desestigmatizar el problema, Hingson *et al.* (1979) han sintetizado así las principales críticas al concepto de alcoholismo como enfermedad: a) deriva hacia este tipo de pacientes a un personal de salud que no solo no disfruta atendiendo a pacientes alcohólicos sino que tiene serias dificultades para tratarlos; b) al definirse el alcoholismo como enfermedad, los sujetos así diagnosticados

crean una expectativa de cura que puede llevarlos a incrementar su alcoholismo, si el tratamiento falla; c) las acciones biomédicas tienden a socavar esfuerzos que, como los grupos de Alcohólicos Anónimos, han contribuido positivamente a reducir el problema; d) el alcoholismo asumido como enfermedad ha sido manejado por los pacientes para justificar su forma de beber ya que “si estoy enfermo, no puedo controlarme”; e) el tratamiento del alcoholismo como enfermedad incorpora un nuevo estigma; así, sujetos considerados antes como pequeños delincuentes son tratados ahora como enfermos mentales, y tienen mayores problemas para conseguir trabajo; f) el modelo médico de enfermedad tiende a tratar el problema en términos individuales y no de conjunto, no reflexionando sobre que la aplicación de medidas legales a conductores alcoholizados puede evitar más muertes que los tratamientos médicos a alcohólicos; y g) la perspectiva terapéutica secundariza los procesos sociales como causales del alcoholismo individual (Hingson, 1979, p. 121-122).

Una parte de las críticas está dirigida a la incongruencia de la concepción del alcoholismo como enfermedad, dado que al ponerse el énfasis en el autocontrol se genera una situación especial ya que, según Marlatt:

Hay una paradoja implícita en el modelo del alcoholismo como enfermedad, ya que parte del supuesto de que el sujeto alcohólico está caracterizado por su incapacidad para controlarse, y luego se propone como objetivo del tratamiento el autocontrol total, es decir la abstinencia. (Marlatt, 1983, p. 1105)

Pero el problema no lo constituye solo la definición de alcoholismo sino la serie de conceptos generados y utilizados por el personal de salud, y que han tenido serias consecuencias prácticas. Me refiero sobre todo a los conceptos de abstinencia (autocontrol) y de dependencia; el primero es relativamente antiguo, pero fue puesto en primer plano durante las décadas de 1950 y 1960, convirtiéndose en el objetivo central de la mayoría de los tratamientos, así como en criterio de curación. Según Vaillant (1983), quien durante la década de 1970 y 1980 ha sometido a pruebas empíricas clínicas los conceptos de abstinencia y autocontrol, el concepto de abstinencia constituye un etiquetamiento clínico mediante el cual los médicos buscan ubicar al sujeto enfermo en una categoría diagnóstica definida.

Debemos subrayar que esta situación de ambigüedad ideológica más que técnica, ha sido reconocida por autores que con anterioridad utilizaron los conceptos y criterios de abstinencia y/o de dependencia, señalando una tendencia diagnóstica preocupante en el campo de la salud mental, que no opera solo respecto del alcoholismo:

En el campo de los conocimientos relacionados con el consumo de droga la situación es tal que las categorías que empleamos son a menudo convencionales o solo tienen fundamento empírico. Con frecuencia esto se olvida, y se confunde a esas categorías con entidades reales. (Edwards, Arif & Hodgson, 1981, p. 235)

Por lo cual, los citados autores, utilizan dichos conceptos, pero explicitando las dificultades que ello implica, y proponiendo que el concepto sea solo una orientación, que se defina en la práctica clínica:

El modelo no pretende definir de qué manera se puede distinguir entre dependencia y uso de drogas. Esta distinción es difícil de lograr con los conocimientos actuales [...] En términos ordinarios, el presente modelo parece proponer que toda definición clínica y práctica de dependencia abarque dimensiones múltiples y, en lo concerniente a mediciones, se relacione con una serie de fenómenos que forman parte del síndrome. (Edwards, Arif & Hodgson, 1981, p. 232-233)

Lo cual es realista, pero en la medida que los médicos asuman que el modelo es solo un orientador y no la realidad. Y que, además, reconozcan que el personal de salud tiene toda una serie de presupuestos no explicitados sobre la categorización de lo patológico y normal del alcoholismo ya que, como señalamos previamente, suele considerar el beber colectivo como no patológico y no problemático, y al beber individual como enfermante, anómico y problemático. Por lo que, a partir de esta concepción, desembocaríamos en una situación paradójica, pues si en una sociedad dada todos o la mayoría bebieran, entonces no habría alcoholismo, por lo menos en términos de enfermedad mental.

Y esta exclusión de la enfermedad mental puede darse en sociedades donde la cirrosis hepática constituye una de las principales causas de mortalidad en los sujetos, de tal manera que lo colectivo reconoce la mortalidad por cirrosis, pero puede negar la presencia de alcoholismo como enfermedad mental. Esta paradoja se complica cuando el alcoholismo es pensado como dependencia, dado que la misma no operaría en conjuntos sociales donde se bebe integralmente en forma colectiva. Este concepto solo puede ser aplicado a sujetos y no a conjuntos sociales; pero justamente en esta aplicación diferencial emerge nuevamente la incongruencia entre la práctica y la teoría.

Desde la perspectiva médico-psiquiátrica la dependencia supone la inevitabilidad del consumo de alcohol. Pero ocurre que esta inevitabilidad puede ser claramente detectada en el comportamiento de los conjuntos sociales.

Varios de los principales trabajos antropológicos sobre alcoholismo en México describen los patrones socioculturales de ingestión de bebidas alcohólicas en términos de obligación social y cultural, y respecto de los cuales la negación o rechazo a beber puede acarrear conflictos graves e incluso la muerte. En un nivel colectivo estamos ante una dependencia construida social y culturalmente que, pese a que genere continuos episodios de beber excesivos, no es considerado antropológica y psiquiátricamente como dependencia.

Quiero subrayar que a este proceso colectivo no lo considero patológico “en sí”, sino que lo presento para observar la arbitrariedad con que se aplican los criterios de patología o normalidad al consumo alcohólico. Hay grupos étnicos mexicanos para los cuales se han contabilizado entre 60 y 80 episodios de embriaguez colectiva anuales, procesos que obligan a la reconsideración de conceptos, cuyo origen y uso son transparentemente ideológicos y que, sin embargo, son utilizados en forma técnica. No es raro entonces que los avatares del concepto de dependencia, así como su notoria incongruencia teórica y empírica, hayan llevado a algunos de sus defensores a asumir en las décadas de 1970 y 1980 una suerte de relativismo cultural.

Considero además que la “manía” del modelo médico hegemónico por adjudicar la categoría de dependencia al alcoholismo debe ser vinculada en parte con el racionalismo que domina este modelo y, sobre todo, con el antiguo concepto de manía que caracterizó al denominado “tratamiento moral”, que —y lo subrayo— reconocía a principios del siglo XIX la existencia de una “manía de la embriaguez”, por lo menos por algunos de los líderes de la psiquiatría francesa, como Esquirol. Mis lecturas me han llevado frecuentemente a pensar que gran parte de los conceptos psiquiátricos —y también de los antropológicos— son siempre los mismos y que lo que cambian son los nombres y ciertos significados, pero este es un problema que no vamos a desarrollar ahora.

El equipo de salud se enfrenta con el hecho de que el sujeto alcoholizado, pese a saber que el consumo de alcohol le hace daño, sigue bebiendo. En consecuencia, solo “un impulso no controlable por beber” puede explicar este comportamiento, y generalmente este impulso se adjudica a una mezcla de caracteres biológicos y psicológicos, con algunos ingredientes sociales. Pero, además, esta concepción reduce o elimina las posibilidades terapéuticas y preventivas de la educación para la salud, ya que según Marlatt (1983), el “alcohólico dependiente” no podría ser reeducado. Es decir, más o menos como lo establecía el tratamiento moral durante el siglo XIX respecto de los alcohólicos “no razonables”, y por lo tanto incurables.

Para Room (1984), las modificaciones generadas en la definición médica del alcoholismo tendrían que ver no solo con la racionalidad técnica, sino con

los cambios ocurridos en las sociedades en relación con el uso y consumo de alcohol. Este autor llega a estas conclusiones al analizar una serie de trabajos en los cuales el incremento o descenso del consumo de bebidas alcohólicas por la clase obrera aparece relacionado con procesos sociales. Sostiene que el notable incremento del consumo de alcohol y de las tasas de mortalidad por cirrosis hepática en Francia emergen como una consecuencia y respuesta obrera a las leyes que limitaban la “vida de taberna”, dado que el Estado consideraba la taberna como un lugar subversivo. A su vez, la clase obrera finlandesa apoyó el Movimiento de Temperancia dado que éste estaba muy relacionado con los objetivos de las organizaciones obreras finesas. Por lo tanto, los cambios en la definición del alcoholismo en la sociedad global, incluido el aparato médico, estarían influidos por la diversidad de procesos socioeconómicos o políticos, lo cual evidencia aún más el peso de los procesos sociales e ideológicos en los conceptos biomédicos. Es decir, en la práctica surge un relativismo médico respecto del alcoholismo, que en gran medida tiene que ver con el contexto social donde operan los médicos, más que con su propio trabajo técnico.

Correlativamente, en el caso mexicano observamos que entre 1870 y 1910 el alcoholismo fue considerado por los médicos y la sociedad dominante, como parte de la vida de las clases bajas urbanas caracterizadas por la violencia y la degeneración, y que necesitaban ser controladas médica y policialmente. Mientras que la Revolución mexicana, entre 1917 y 1940, va a considerar el alcoholismo como problema social, relacionado con los procesos de explotación y subordinación ejercidos por las clases dominantes sobre el campesinado indígena. Y durante este periodo, no fue manejado como problema médico, sino como problema político y educacional, y por eso aplica ciertas medidas de tipo prohibicionista, y coloca primero en los maestros rurales y en segundo lugar en las misiones culturales el eje de la lucha contra el alcoholismo. Y fue a partir de la década de 1940 y, sobre todo, de la de 1950 cuando el alcoholismo volvió a ser recuperado médicamente como enfermedad mental.

Toda una serie de investigaciones actuales, realizadas en diferentes contextos, llega a conclusiones similares sobre la incidencia de las condiciones sociales en la definición y uso de conceptos y estrategias médicos respecto del alcoholismo. Se suele señalar que la creciente redefinición del alcoholismo en términos morales debe ser relacionada con procesos económico-ocupacionales que operan negativamente sobre la productividad, así como con las nuevas políticas nacionales hacia la seguridad social. Por lo que, por ejemplo, un análisis de la situación italiana propone que son las nuevas características

de los procesos económico-ocupacionales los que llevan a nuevas concepciones y formas de intervención sobre del alcoholismo:

En muchos campos de la política asistencial se observa una reorientación de los recursos hacia los sectores productivos. Actualmente, respecto del alcoholismo, los mayores recursos se canalizan hacia los programas de alcoholismo en la industria, para así reducir el costo en la producción. [Y agrega] Considerando las dificultades financieras que operan en el sector socio-sanitario, es dudoso que en el futuro se mantenga una perspectiva integrada y orientada hacia la asistencia. Si antes no se prestó mucha atención hacia los aspectos preventivos fue debido a que el problema fue delegado al sistema curativo en expansión; pero como el mismo está en crisis de financiamiento, es posible que el problema del alcoholismo sea cada vez más considerado como problema social y moral. (ISACE, 1984, p. 121)

Parte de la producción médico-psiquiátrica latinoamericana, tanto en niveles clínicos como epidemiológicos, expresa la dificultad para definir en términos técnicos al alcoholismo; y así en una revisión del problema realizada para los organismos de salud pública de Argentina, Ruggero señala que:

Muchas definiciones se han intentado del alcoholismo... sin embargo, con fines prácticos y perdiendo cierta exactitud en beneficio de la claridad, podríamos limitar la definición médica más elemental a algo así como considerar que el alcoholista es una persona con dificultad en sus funciones físicas, personales o sociales asociadas con la ingestión de alcohol. Si los criterios de diagnósticos son tan sencillos, ¿qué es entonces lo que hace a esta enfermedad tan oculta, tan no diagnosticada, tan proclive a omisiones, a la negligencia y al más profundo fracaso terapéutico? Esta pregunta puede tener múltiples respuestas; sin embargo, una de ellas es la de asociar este padecimiento con juicios morales y el renunciar prematuramente a las posibilidades de tratar y ayudar a estos pacientes, aduciendo un pesimismo que es simplemente miedo y rechazo. (Ruggero, 1980, p. 49)¹

¹La variabilidad de las definiciones en relación con el contexto económico-social ha sido analizada sobre todo durante la década de los setenta. Toda una serie de estudios concuerda en "que la tendencia a definir 'el alcoholismo' en términos de responsabilidad individual, tratando de excluir al alcohol en sí de la imputación de patologizante, responde a determinados intereses, y que dicha definición lleva de hecho al dominio de dos estrategias de acción: la curativa y la educacional" (Beauchamp, 1975).

Como se puede apreciar en esta cita, el autor propone con optimismo una definición sencilla, pero en los hechos debe reconocer una ineficacia que explica en forma parcial en términos morales y casi psicológicos. A su vez, Patiño plantea las dificultades en forma más drástica, en el caso de la psiquiatría mexicana:

Ante el absoluto desconocimiento del origen del alcoholismo en todas sus modalidades y grados, existen varias posturas doctrinarias, todas hipotéticas, que afilian en su propio bando a la mayoría de los psiquiatras. Conviene hacer notar que hay casos que parecen darle la razón a una doctrina y otros a las demás, por ese motivo se mantienen todas con mayor o menor número de seguidores. La primera postura es considerar al alcoholismo como una entidad nosológica, como una manifestación de condiciones genéticas; la segunda considera al alcoholismo como un síntoma de las diversas patologías que puede exhibir un sujeto dado; la tercera lo considera como consecuencia de relaciones interpersonales inadecuadas; la cuarta estima al alcoholismo como un acompañante de cualquier tipo de personalidad y de cualquier cuadro psiquiátrico. Según nuestra experiencia, nos inclinamos por la cuarta postura, en tanto no se llegue a esclarecer la causa o las causas del “alcoholismo”. (Patiño, 1980, p. 305)

Esta dificultad en precisar qué es el alcoholismo, o de definirlo de manera tan simple que aporte muy poco al saber médico, alcanza desde una perspectiva médica su expresión más grave en las limitaciones diagnósticas. Uno de los iniciadores de la preocupación clínica y epidemiológica respecto del alcoholismo en Latinoamérica, Mardones, en 1956 planteaba que si bien se acepta que el alcoholismo es una enfermedad “...no existen todavía hechos clínicos ni experimentales suficientemente firmes como para poder conocer con claridad la importancia relativa que tienen en su génesis los factores de carácter orgánico y los de carácter psicológico” (Mardones, 1956, p. 301).

En la década siguiente, en un trabajo dedicado a precisar la definición conceptual del alcoholismo, Smith reconoce las dificultades de establecer un diagnóstico médico y psiquiátrico de dicho padecimiento y recuerda que en 1957 la AMA alcanzó su mayor grado de precisión al considerarlo “una desviación respecto del estado de salud [...] llamamos alcoholista al individuo que a causa de la bebida afronta obvios problemas físicos, sociales, matrimoniales o profesionales y que bebe aún más para superar la dificultad” (Smith, 1968, p. 21). El autor concluye que: “Desde el punto de vista diagnóstico, parecería que el

alcoholismo puede ser reconocido solo cuando resulta obvio que el individuo se ha apartado de la pauta social de ingestión de alcohol” (Smith, 1968, p. 26).

A más de 15 años de estas consideraciones, persiste por lo menos la misma imprecisión; en 1981 escribía Velazco Fernández para el caso mexicano “...es frecuente que los médicos generales no le den importancia al diagnóstico (o lo que es peor, no sepan identificar al alcoholismo)...” (1981, p. 14). En una de las más decisivas revisiones críticas de esta problemática, Skinner *et al.* (1981) señalan que en un estudio del Hospital General de Boston se encontró que los médicos fallaron en detectar abuso de alcohol en alrededor del 50% de los sujetos alcohólicos en el servicio de urgencias. Como concluye Kane (1980), gran parte de los médicos reconocen claramente la lesión orgánica, o cuando el paciente es un “borracho”, pero no pueden detectar a los alcohólicos o personas con problemas de alcoholismo que no presentan estas características y que constituyen la mayoría de los “enfermos”.

Considero que una de las historias de la relación biomedicina/alcoholismo refiere al constante reconocimiento médico de esta limitación diagnóstica, que se expresa paradigmáticamente en el hecho de que frecuentemente el diagnóstico se realiza cuando la enfermedad está en una etapa avanzada, y el sujeto presenta un alto grado de deterioro social y biológico (Chafetz, 1972, p. 17). Lo que, y lo subrayo, no ocurre solo con el alcoholismo, sino también con la cirrosis hepática ya que, como señala Sepúlveda para México, “lo más común es que el diagnóstico se haga cuando ya están presentes los dos grandes síndromes característicos de la cirrosis: la insuficiencia renal y la hipertensión portal” (1969, p. 91). Agrega el autor, quien fue uno de los más destacados especialistas nacionales, que “en nuestra experiencia las 2/3 partes de los pacientes mueren durante el año siguiente a la aparición de la ascitis o de la hemorragia por ruptura de várices del esófago. Cinco años después de aparecer estos síntomas, solo sobrevive el 5% de los enfermos” (Sepúlveda, 1969, p. 104).

Como vemos, en estos reconocimientos críticos coinciden tanto especialistas internacionales como mexicanos, señalando que estas críticas operan no solo respecto de las actividades clínicas, sino también de las epidemiológicas. En varios de sus trabajos, Edward concluye que la epidemiología del consumo de drogas rara vez ha abordado las verdaderas dificultades teóricas, lo cual podemos referir consistentemente a la producción epidemiológica mexicana.

Estas últimas consideraciones epidemiológicas concuerdan en gran medida con las críticas metodológicas generadas desde la década de 1930 por las perspectivas socioantropológicas, ya que entre otras cuestiones se han interrogado sobre cómo hacen las encuestas sobre alcoholismo para captar información respecto de sujetos a los cuales la experiencia clínica considera

reiteradamente como ocultadores, negadores y hasta mentirosos. Dicha crítica no solo ha cuestionado los ambiguos y pobres indicadores utilizados para medir alcoholismo, sino que sobre todo ha cuestionado el tipo de metodología utilizado, que deja de lado en forma sistemática el significado y el sentido de las conductas subjetivas y colectivas hacia el alcohol. Más aun, estas críticas han señalado la fuerte orientación ideológica observada en el uso de las técnicas epidemiológicas².

Diversos análisis antropológicos han evidenciado esta ideologización de los instrumentos epidemiológicos; y así los notables especialistas canadienses Labrie y Tremblay señalan que

La conceptualización teórica de los fenómenos epidemiológicos utiliza juicios de valor, ya que conceptos como ebriedad, alcoholismo, normalidad, patología, etc., se refieren a esquemas de pensamiento y sistemas de actitudes ligadas a la cultura dominante. Es a esa ambigüedad a la que se refiere Laforest (1968) cuando escribe: “las investigaciones socio-epidemiológicas pueden realmente servir a los fines de la justicia social al investigar las condiciones de privación de los grupos desfavorecidos... pero bajo la cobertura científica este tipo de investigación suele asumir los valores de los grupos dominantes”. (Labrie & Tremblay, 1977, p. 91)

Esta orientación es producto parcial de la sistemática ignorancia o secundarización del modelo médico hegemónico hacia otras alternativas teóricas y metodológicas. Y esta situación también ha sido recurrentemente reconocida por algunos de los más relevantes especialistas a nivel internacional:

Lo que generan los estudios sobre el alcohol... es la conciencia de que, si la medicina se dirige efectivamente hacia sus más amplias responsabilidades, tendrá además que forjar una fuerte alianza con las ciencias sociales. Muchos médicos han reconocido esta verdad, pero no siempre la han transmitido adecuadamente en sus enseñanzas impartidas en las escuelas de medicina, ni en las instituciones dedicadas a la investigación. Puede ser difícil que un investigador logre conseguir una revisión justa, imparcial y adecuada de un trabajo en el que se involucre una ciencia social o una perspectiva

²En esta propuesta metodológica radica uno de los principales aportes de la perspectiva socioantropológica.

multidisciplinaria, si acude a instituciones médicas ortodoxas. (Edwards, 1987, p. 28).

Continuamente se invoca la necesidad de utilizar las ciencias sociales para definir, investigar y hallar soluciones más adecuadas al problema del alcoholismo, pero sistemáticamente dicha colaboración no se constituye. Esta colaboración interdisciplinaria en el caso latinoamericano es excepcional, sobre todo si el ámbito de la colaboración interdisciplinaria se plantea en niveles estructurales, o en la articulación de este nivel con niveles intermedios. Pero este no constituye solo un problema latinoamericano, sino que es una característica dominante en la mayoría de los centros de investigación y/o de aplicación a nivel mundial. Así, por ejemplo, Levinson (1983) analizó la importancia que pueden tener los factores socioculturales en el tratamiento antialcohólico, señalando la escasa utilización médica de esos factores. Analizó dos revisiones sobre esta problemática; la de Gibbs y Flanagan —quienes muestran que solo en 10 de 45 investigaciones sobre indicadores que pronostican alcoholismo se incluyen factores socioculturales—, y la del propio Levinson (1981), quien analiza a su vez 129 estudios publicados entre 1940 y 1980 sobre tratamientos para modificar la conducta de los alcohólicos, y encuentra que solo dos investigaciones consideraron la influencia de los factores culturales en el tratamiento.

El discurso médico preventivista puede invocar la necesidad de incluir procesos culturales y económicos, pero sin que esa inclusión opere realmente en el trabajo médico cotidiano, observando que no utiliza dichos factores no solo respecto de las características de los pacientes, sino de su mismo trabajo, el que suele estar saturado de saberes populares. Así, un estudio realizado en Costa Rica sobre sistemas de creencias respecto del alcohol y el alcoholismo halla que: “...un porcentaje de opiniones calificadas (profesionales y personas vinculadas al trabajo con alcohólicos) tendían a desestimar la embriaguez como tal, cuando esta era producida por la ingestión de cerveza” (Míguez, 1980, p. 16).

Diagnosticar o no diagnosticar como estrategia médica

En un trabajo casi experimental, Grant y Clare (1980) describen una experiencia realizada con un grupo de clínicos expertos en alcoholismo, a quienes se les presenta a través de video dos casos de alcoholismo para que los diagnostiquen. Se trata de los extremos del espectro alcohólico: una persona en los inicios del problema y otra severamente dañada. Los especialistas

deben establecer un diagnóstico diferencial e indicar tratamientos específicos. El primer caso planteó serios problemas diagnósticos y la mayoría de los especialistas consideró que la apreciación diagnóstica era clínicamente irrelevante, y concluyeron que: “pareciera que mientras la bibliografía sobre alcoholismo acentúa notablemente la cuestión de que los pacientes llegan tardíamente al tratamiento, existe paradójicamente una marcada incertidumbre en la práctica médica de qué hacer con los pacientes que pueden llegar a ser detectados tempranamente” (Grant & Clare, 1980, p. 54).

El segundo caso implicó un menor desacuerdo diagnóstico, pero el espectro de alternativas de tratamiento fue notablemente divergente. Este “experimento” clínico, que evidenció a nivel de estudio de casos los desacuerdos e incertidumbres diagnósticas y de tratamiento médico, conduce a los autores a concluir su artículo con la siguiente pregunta: “¿Estamos volviendo a un modelo religioso respecto del alcoholismo, en el cual el deseo espiritual por la salvación es requerido antes que las puertas de la clínica sean abiertas?”

Ahora bien, esta dificultad diagnóstica se traduce en el notable subregistro de los casos de alcoholismo; Edwards (1967) estima que el médico general diagnostica solo a uno de cada diez alcohólicos, mientras Jarman y Keller en 1979 —según De la Fuente *et al.* (1982)— daban porcentajes similares a niveles hospitalarios. Una investigación llevada a cabo por la universidad sueca de Lund avala estos mismos hallazgos mediante un estudio de seguimiento. La investigación se realizó en la ciudad de Malmö y focalizó la mortalidad a corto plazo producida en hombres nacidos entre 1926 y 1929. A 4.571 personas que colaboraron con la investigación se les realizó un examen que incluyó la evaluación del consumo de alcohol y la medición de la actividad de gammaglutamiltransferasa (GGT); se hizo un estudio de seguimiento de hasta cuatro años, con un promedio de dos años. Además de este grupo, hubo un conjunto de 1.609 personas que no colaboraron, pero también se hizo el seguimiento de su mortalidad durante el mismo lapso. En dicho periodo hubo 40 decesos (0,9%) en los varones que colaboraron y 21 (1,3%) en los que no participaron voluntariamente. En el 61% y 62%, respectivamente, se hallaron evidencias de alcohol o se identificó una causa de muerte vinculada con la ingestión de alcohol. Si bien la ingestión excesiva de alcohol apareció como el factor individual más importante asociado con la muerte prematura de hombres en edad mediana, dicho diagnóstico fue subestimado por la práctica médica en sus actividades específicas.

Estos datos y procesos han sido registrados en los países con mayores actividades antialcohólicas y que, sin embargo, se caracterizan por excluir permanentemente a las personas con problemas de alcoholismo. Lo cual ha sido señalado reiteradamente por Edwards para su propio país:

En Gran Bretaña se ha demostrado que solo una pequeña porción de los pacientes con problemas serios de alcoholismo será correctamente diagnosticada por el médico general. En una unidad hospitalaria la mayoría de los problemas ocasionados por consumir alcohol no será detectada... Algunas investigaciones recientes (Barrison *et al.*, 1980) muestran que en la mayoría de los casos el médico internista no se preocupa por preguntar a sus pacientes acerca del consumo de alcohol. (Edwards, 1987, p. 28)

Este descuido, dice Edwards, parece ser más intencional que accidental, ya que los facultativos tienen noción de su incompetencia profesional sobre el alcoholismo y “...no quieren revelar problemas que solo los harán sentirse terapéuticamente inadecuados” (1987, p. 28).

En 1982, en el Hospital de la Región Friuli-Venecia Giulia (Italia), se entrevistó a 234 médicos; de los datos surge el siguiente modelo de atención al alcoholismo: a) tendencia a tolerar un consumo diario muy elevado de alcohol por los pacientes; b) una tercera parte de los médicos considera suficiente la fuerza de voluntad para dejar de beber; c) solo un 50% realiza indagaciones para hallar evidencias de alcoholismo en sus pacientes; d) una tercera parte solo trata de curar los problemas de su estricta competencia aun cuando haya problemas de alcoholismo; e) una cuarta parte no informa a los médicos de base respecto de los abusos alcohólicos de los pacientes; f) el 25% considera que una vez desintoxicado el alcohólico dependiente puede volver a beber alcohol controladamente. “Los resultados demuestran que una parte de los médicos entrevistados tiene una visión poco satisfactoria del problema, [...] sus estereotipos reflejan la cultura local, la cual es altamente permisiva para el consumo excesivo de alcohol.” (Vanna & Corsieri, 1986, p. 34).

Desde una perspectiva antropológica, el problema médico no comienza con el diagnóstico sino con la existencia de presupuestos sociales, ideológicos y técnicos en el personal de salud que excluyen de su trabajo profesional la detección de personas con problemas de alcoholismo. Es decir, gran parte del subregistro, para varios de los analistas la mayoría del subregistro, es producto de la orientación ideológico-técnica dominante en el saber médico. Por lo que la carencia de diagnósticos precisos y de tratamientos eficaces se combinan para generar una baja expectativa curativa, así como para fomentar el eclecticismo y la dispersión clínica: “Para la curación del paciente alcohólico se han utilizado las más diversas técnicas, y podemos decir, en definitiva, que se han instaurado tantas terapéuticas como variantes propone el mismo saber médico.” (Bogani, 1975, p. 39). O como concluye Edwards: “Para muchos de

nosotros este eclecticismo revela quizás nuestra poca fe en el resultado del tratamiento que se supone específico.” (1967, p. 156).

Las limitaciones diagnóstica y terapéutica a nivel clínico también la hallamos en el campo salubrista; ya que el enfoque epidemiológico, que implica la complementación de los niveles de prevención, halla en su posible aplicación al alcoholismo graves problemas tanto en lo referente a generar una historia natural de la enfermedad congruente, como en la aplicación de criterios preventivos específicos (Blane, 1976; Cahalan & Cisin, 1976).

Pero, paradójicamente, según algunos analistas estas limitaciones y contradicciones diagnósticas, clínicas y preventivas serían la que posibilitan que los servicios de salud sigan operando, ya que como plantean Skinner *et al.* (1981), supongamos que la detección temprana fuera realmente eficaz, entonces ¿qué haríamos con estas personas para las cuales no solo no tenemos tratamientos efectivos, sino respecto de las cuales no contamos con infraestructura básica de atención y/u hospitalización? Es decir, lo que opera no es una contradicción en el saber médico, sino que lo que opera de manera consciente o no es un “realismo” profesional e institucional ante las limitaciones médicas.

Estas carencias generalizadas son reconocidas también por dos psiquiatras mexicanos de extensa experiencia en el campo del alcoholismo; y así Calderón revisando el cambio de enfoque respecto del tratamiento del alcoholismo generado en “sociedades más desarrolladas que las nuestras”, concluye que:

A pesar de este cambio de enfoque y del esfuerzo que se ha hecho por crear una red de ayuda a través de las instituciones encargadas de tratar estos problemas, las cifras de prevalencia no han demostrado una disminución importante y en muchas ocasiones ha sido difícil atraer a los pacientes y proporcionarles un tratamiento exitoso. Es decir, en la actualidad las sociedades altamente desarrolladas tienen poco que ofrecer a las que están en proceso de desarrollo en cuanto a tratamientos efectivos y sistemas de respuestas sociales adecuadas. (Calderón *et al.*, 1981, p. 177)

A su vez, Patiño propone no solo una crítica que cuestiona los enfoques clínicos y epidemiológicos producidos en otros contextos socioeconómicos, sino que renuncia a toda expectativa en el campo de la salud pública. Según este especialista, dado que no se sabe qué es el alcoholismo, y que tal fenómeno parece acompañar los más diversos padecimientos mentales, se “...pone en entredicho cualquier tipo de campaña antialcohólica; estas siempre se han caracterizado, dicho sea de paso, por una absoluta falta de fundamento teórico. Estas

absurdas campañas no pueden, por su esencia misma, atacar ni de cerca ni de lejos al alcoholismo...” (Patiño, 1980, p. 304).

Gran parte de estos cuestionamientos y dudas hallan su expresión más organizada en una notable investigación realizada por Blaxter (1978). Su estudio parte básicamente de la problemática del diagnóstico del alcoholismo, a la que incluye en el contexto global acerca del sentido de todo diagnóstico para el saber médico. Y al respecto, Blaxter recuerda que todo diagnóstico supone una intención clasificatoria, cuyo objetivo manifiesto es permitir prescribir terapias específicas. En consecuencia, para varios investigadores el diagnóstico médico implica principalmente una prescripción. Ahora bien, ¿qué ocurre cuando la acción prescriptiva es impracticable o ineficaz o está fuera del marco de referencia médica? Según Blaxter, esta situación puede conducir, primero a que si la acción prescrita es imposible o ineficaz se tenderá a no diagnosticar; segundo, a que si la acción puede ser realizada por otro profesional, el diagnóstico será evitado aun cuando no existan formas para la derivación formal a dicho tipo de profesional. En tercer lugar, a que si la acción no se considera propia de sus capacidades técnicas, el paciente sin diagnóstico puede ser derivado a otra categoría profesional (especialista) más apropiada; y finalmente a que si los signos y síntomas de la enfermedad no son aquellos que le permiten sentirse competente para decidir un diagnóstico, entonces se utilizarán ciertos estereotipos médicos relativamente burdos o idiosincráticos respecto del síndrome o del paciente colocando en el paciente los problemas y no en el saber médico.

La autora analizó este cuerpo de posibilidades a través de las altas de un año de hospitales no psiquiátricos de una región del Reino Unido. Al aplicar la Clasificación Internacional de Enfermedades encontró que la categoría residual “otros problemas” comprendía más de la mitad de los diagnósticos de alcoholismo. Si a esto se agrega que la codificación del alcoholismo como enfermedad es muy limitada, pues el “diagnóstico sobre alcoholismo como primera causa es improbable”, veremos que la captación diagnóstica es mínima. Blaxter encontró que cuando el médico diagnosticaba alcoholismo era porque había intoxicación alcohólica o porque ya existía un diagnóstico psiquiátrico previo traído por el propio paciente, o dado por otro profesional. Además, su investigación evidenció la evitación del tratamiento de este tipo de paciente por parte de los médicos (Blaxter, 1978).

Considero que esta situación se da en México con una intensidad aun mayor, pues si bien este problema es reconocido a nivel formal, en la práctica las acciones diagnósticas son pocas o directamente ninguna, como surge de nuestras propias investigaciones. Una de las principales autoridades mexicanas en alcoholismo desde la perspectiva de salud pública, señala

“Contemplado como problema general, lo que se hace en México no es pobre, sino paupérrimo” (Velazco Fernández, 1977, p. 36), dado que si no hay diagnósticos no hay intervenciones clínicas. Lo que también es sostenido por uno de los más destacados clínicos, el doctor Elizondo:

Desafortunadamente, debemos admitir que se ha logrado muy poco en el tratamiento de este tipo de enfermos, ya que la mayoría de los miembros de la profesión médica, con algunas excepciones, no ha enfocado constructivamente el problema del alcoholismo. Han sido indebidamente lentos en reconocer el alcoholismo como una enfermedad, y en su práctica han tendido a descartar a pacientes alcohólicos como desahuciados, desagradables o no remunerables. (Velazco Fernández, 1977, p. 45)

Lo concluido por Velazco Fernández y por Elizondo concuerda con el resultado de las entrevistas realizadas por Javier Barba y yo, durante la década de 1980, a 42 psicoterapeutas expertos en alcoholismo y que trabajaban en las principales instituciones oficiales y privadas de México. De lo cual surge que el problema del diagnóstico y tratamiento médico del alcoholismo supone tanto el desinterés del saber médico, como también una posibilidad muy limitada de tener éxito en el tratamiento del problema. Para muchos analistas, es la escasa eficacia lo que determina el citado “desinterés”, y ello pese a que una serie de estudios demuestran que puede haber estrategias eficaces respecto del alcoholismo, como surge de una revisión del problema realizada por expertos de la OMS en 1980:

Aunque muchos de estos servicios terapéuticos han logrado demostrar que aproximadamente una tercera parte de sus pacientes se conservan abstemios o por lo menos consumen cantidades notablemente menores de alcohol durante un año o dos después del tratamiento, una serie de ensayos clínicos en que se ha comparado regímenes de diversos tipos ha puesto en duda el significado de estos resultados aparentemente satisfactorios. Algunos ensayos adecuadamente organizados, en que la selección de los sujetos se ha hecho al azar han demostrado, por ejemplo, que el índice de éxito en términos de abstinencia o reducción del consumo puede ser favorable después de solo unas semanas de hospitalización como después de varios meses, y que el tratamiento en los ambulatorios puede ser tan eficaz como el de los pacientes internos. Un ensayo indica, incluso, que la simple provisión de consejos inequívocos para

dejar de beber en circunstancias adecuadas, proporciona resultados tan positivos como un conjunto de medidas terapéuticas laboriosas y costosas. (OMS, 1980, p. 53-54)

Agregando que se han acumulado pruebas de que personas que alguna vez en su vida tuvieron síndrome de dependencia, pudieron luego dejar de beber completamente o adoptar una forma normal socialmente aceptada “después de haber recibido un breve tratamiento formal, y aun ninguno, tanto en el terreno médico como fuera de él” (OMS, 1980, p. 53-54). El informe concluye que estas experiencias han conducido a plantear formas cada vez más simples de tratamiento “...que quizás solo consistan en poco más que impartir consejos firmes al sujeto para que deje de consumir alcohol o consuma menos, junto con el suministro de información acerca de las consecuencias del consumo irrestricto y continuo, la adopción de medidas estratégicas sencillas para reducirlo, y la evaluación de los adelantos que logren.” (OMS, 1980, p. 545).

Si bien esto puede suponer un nuevo interés por este problema en términos médicos, lo que emerge con claridad es la abdicación de la OMS y del modelo médico hegemónico para hacerse cargo coherentemente del problema. El tratamiento del alcoholismo constituye una historia, como dice Edwards, de técnicas desechadas una tras otra, hasta quedarse con las más simples, menos costosas, y entre las cuales la más relevante parece ser la de Alcohólicos Anónimos. Según Jaffe (1980), la mayoría de los programas formales de tratamiento en EEUU, Canadá y otros países capitalistas centrales basa sus acciones en los grupos de Alcohólicos Anónimos. Analizando uno de los principales programas que se aplican en la actualidad, el del Hospital Naval de Long Beach, señala que este incluye prioritariamente consejeros ex alcohólicos, encuentros grupales e integración a los programas de Alcohólicos Anónimos.

Este es el modelo general más aceptado, el cual parte de la convicción de que la participación de la citada asociación de ayuda mutua es determinante. En la enumeración que Edwards hace de los puntos considerados estratégicos para el actual tratamiento del alcohólico, dicha participación es relevante. Según este analista, diferentes pacientes requieren diferentes tipos de ayuda; por lo que la evaluación del paciente para determinar el tipo de intensidad del tratamiento es decisiva. El momento de búsqueda de ayuda debe ser considerado como básico; y los objetivos deben ser acordados, más que impuestos por el terapeuta. Este debe tener una actitud positiva; debe subrayar la autodeterminación y autorresponsabilidad del paciente, a quien deben darse recursos para poder asumir el tratamiento. El automonitoreo debe ser impulsado; la pareja debe estar involucrada en todo el proceso; y

el tratamiento debe ser ambulatorio, salvo si se exige internación; el tratamiento profesional debe ser mantenido en el mínimo, de tal manera que permita al propio paciente manejarlo. La dimensión social es importante para el manejo de la realidad externa; y la referencia a Alcohólicos Anónimos debe ser rutinaria; concluyendo que en esta enumeración no solo se señala la participación de Alcohólicos Anónimos, sino que en por lo menos siete ítems se recomienda el automanejo, y/o gestión del paciente, respecto del problema (Edwards, 1980, p. 312).

Ahora bien, ¿qué significa este “desentendimiento” profesional y a la vez el reconocimiento de una institución no médica como clave en el tratamiento del alcoholismo, tanto en términos de nuestra problemática específica, como en términos de las funciones que teóricamente cumple el modelo médico hegemónico? Más aun, ¿qué significa colocar en la autoatención el eje del tratamiento?

Para explicar este proceso consideramos que se necesita revisar, aunque sea esquemáticamente, las relaciones sociales entre el saber médico y el alcoholismo. En principio, debe subrayarse que tanto el desentendimiento como la ineficacia respecto del alcoholismo han sido una constante del modelo médico hegemónico desde la institucionalización de este y que, pese a ello, lo paradójico es que este modelo sigue apropiándose de la problemática y del tratamiento antialcohólico a nivel sobre todo de discurso. A partir de esta aparente paradoja, revisaré algunas relaciones modelo médico hegemónico-alcoholismo que consideramos estratégicas para explicar el proceso descrito. Primero observaremos la trayectoria de algunas estrategias básicas y luego nos centraremos en la relación médico-paciente.

Si bien, como ya señalé, a nivel de discurso el alcoholismo fue definido como enfermedad desde mediados del siglo XIX; y si bien desde su creación la Organización Mundial de la Salud organizó varios comités de expertos que analizaron el problema, lo cierto es que apenas en 1979 y en la 32ª Asamblea Mundial de la Salud se consideraron prioritarios los problemas relacionados con el consumo de alcohol. A su vez, en la 36ª Asamblea (1983) se concluyó que el incremento de esta problemática era incompatible con el cumplimiento de la meta de “Salud para todos en el año 2000”. “En esta ocasión se recomendó que los Estados miembros formularan políticas nacionales integrales y dieran prioridad a la prevención del alcoholismo dentro de sus estrategias para cumplir con la meta trazada” (Madrigal, 1988, p. 318).

Es decir que a fines de la década de 1970 y primeros años de la década de 1980, el problema emerge como una preocupación central para el principal organismo de salud pública a nivel internacional. Y así, por ejemplo, el documento base para la 35ª Asamblea señala que:

En los últimos años ha aumentado la preocupación por el nivel, al parecer bajo, de respuestas a las medidas más comúnmente empleadas en materia de disuasión, educación y tratamiento del alcoholismo, y se están considerando los medios de aumentar su eficacia. Otra vez se está prestando atención al establecimiento y puesta en marcha de normas de control que podrían reducir de manera más rápida la incidencia de problemas causados por el alcohol en la población en general. (OMS, 1983, p. 202)

La tendencia fue proponer medidas de tipo preventivo en lo que respecta a precios y disponibilidad de las bebidas alcohólicas, control de la publicidad, educación y promoción de la salud y cambios de hábitos y actitudes, relegando las estrategias curativas a un segundo plano. Esta opción preventiva era planteada en función de dos hechos; el encarecimiento del costo de atención del alcoholismo y la baja eficacia de las actividades curativas. El primero se había generado pese a que cada vez se tendía a una mayor simplificación de los tratamientos; según Edwards (1988), en la mayoría de los países occidentales el tratamiento del alcoholismo se había ido reduciendo a un conjunto de medidas como la terapia de grupo, el consejo individual y familiar, la derivación a Alcohólicos Anónimos y la abstinencia autocontrolada. Este conjunto de medidas respondía a su vez a dos objetivos; en primer lugar, la necesidad de actuar masivamente sobre el problema; y en segundo, tomar en cuenta la tradición ecléctica que caracterizó al desarrollo de la psiquiatría y psicología cuando tuvieron que actuar a nivel de la salud pública respecto del alcoholismo.

Pero cualquiera que sea la estrategia emprendida, lo que caracterizó este proceso fue la escasa eficacia de las actividades médicas; siendo esta una característica reconocida por las diferentes tendencias. Y así, un notorio psiquiatra de izquierda señalaba para Francia, el país con mayor tasa de consumo de alcohol a nivel mundial, que "...se haga o no tratamiento en regla, el porcentaje de bebedores que dejan de beber después de su internación es siempre el mismo." (Gentis, 1979, p. 62).

Respecto del alcoholismo la cura aparece como un proceso bastante azaroso, que según Conrad y Schneider (1980a) supone un alto porcentaje de pacientes curados espontáneamente. Y fueron estas, y otras, evidencias clínicas las que condujeron a impulsar el uso de tratamientos sencillos y baratos:

Se ha empleado una vasta gama de métodos de tratamiento por separado o en conjunto. Hasta ahora, sin embargo, los pocos intentos acertados para determinar la eficacia de los modelos de tratamiento

no han demostrado las ventajas de regímenes de atención complejos y costosos al compararlos con estrategias más sencillas [...] En vista de la escasez de pruebas sobre el valor relativo de varias medidas de tratamiento y atención para la persona dependiente del alcohol, sería importante hacer todo lo posible por examinar las medidas empleadas en la actualidad a nivel local [...] a fin de efectuar una evaluación preliminar de su eficacia. (OMS, 1983)

Esta toma de posición por la OMS, que a nivel de las prácticas, no aplicó la mayoría de los países latinoamericanos, se recortó contra un doble trasfondo. Por una parte, el notable incremento del problema a nivel internacional y, por otra, la hipertrofia de las actividades curativas en los países centrales y en particular en EEUU. Desde una perspectiva técnica, esta aparente contradicción se desarrolló durante las décadas de 1960 y 1970 en torno a la disputa sobre la abstinencia como objetivo terapéutico. Subrayando que esta disputa técnica, como un alto porcentaje de disputas médicas en torno al alcoholismo, tenía un origen y efecto ideológico relevantes, que en este caso especial concluyó con un juicio legal, en el cual estuvieron complicados no solo proyectos científicos, sino también intereses económico-profesionales³.

Desde una perspectiva “antipsiquiátrica”, Szasz había evidenciado las connotaciones ideológicas de la teoría de la abstinencia:

La necesidad alegada por el alcohólico de abstenerse totalmente del alcohol o arriesgarse a una recaída es una creencia compartida por el alcohólico, el público en general y los médicos (y la mayoría de los psiquiatras). Me pregunto si es una noción terapéutica racional o bien una expresión irracional de nuestra reacción inconsciente frente al beber en exceso [...] La idea generalmente aceptada de que un alcohólico no debe tocar el licor condensa y expresa en el público en general las mismas actitudes emocionales inconscientes que se reflejan en la lucha del alcohólico con su síntoma. Esta creencia expresa con la sanción oficial del grupo (cultural) la visión de que el alcohólico está realmente empeñado en una batalla moral con la droga. Por otra parte, reconoce la fuerza superior del adversario y abandona toda esperanza de “ganar” la batalla. La única solución que queda es fortalecer la defensa fóbica. (Szasz, 1979b, p. 27-28)

³Nos referimos al caso Sobell, en cuya disputa estuvo complicada la Rand Corporation, y que se caracterizó por la espectacular publicidad que generó, y que implicó una notable cobertura por los medios de comunicación masiva.

Según este autor, Alcohólicos Anónimos, la prohibición, el tratamiento por reflejo condicionado “...solo sirven para fortalecer la convicción del alcohólico y del público en general acerca de las poderosas características del alcohol y los mitos alrededor de dichas características.” (Szasz, 1979b, p. 28).

Pero como Marlatt (1983) plantearía en un notable trabajo, la disputa terapéutica implicaba algo más que diferencias técnicas, ineficacias asistenciales o presupuestos ideológicos; ya que, pese a la continua acumulación de información sobre la importancia de los procesos socioculturales y económico-políticos y la necesidad de generar programas preventivos, sin embargo, las estrategias que realmente se incrementaron y aplicaron fueron de tipo curativo. Tanto la perspectiva preventivista como el “modelo de aprendizaje”⁴ cuestionaban el eje colocado en la noción de alcoholismo como enfermedad, lo que amenazaba la creciente importancia económica del alcoholismo para la práctica médica. Según Marlatt, una parte importante de este debate expresa la lucha de quienes tratan de impulsar y monopolizar un nuevo campo de trabajo profesional, ya que el alcoholismo se había ido convirtiendo en un gran negocio, particularmente en EEUU. Y así Saxe *et al.* (1983) —citado por Marlatt (1983)— estimaban que, en dicho país, y solo para 1977, los tratamientos relacionados con problemas físicos vinculados al alcohol constituían gastos médicos por 700 millones de dólares; calculaban también que un 15% de los costos nacionales del cuidado a la salud tenían que ver con el abuso de alcohol.

Este “descubrimiento” debe ser vinculado con el enfoque que una parte de los salubristas propone como prioritario, y que se centra en la reducción de la producción y el consumo, lo cual afectaría a la industria alcohólica. Estos salubristas sabían que ello conducía a politizar el problema, dados los intereses económicos que afectaba, y de lo cual los médicos quieren olvidarse. Pero como lo señala explícitamente Edwards, estos no son aspectos

...que puedan ser evadidos por el médico, que opina que la política es un campo minado del cual debe mantenerse apartado [...] De pronto el alcoholismo nos recuerda que la salud de la gente es inevitablemente un problema político... Lo que se sugiere es que el alcoholismo actúa como un agente de cambio, haciendo que se reconozca que, en cierto sentido, los problemas de salud pública son inseparables de los procesos que determinan el funcionamiento de la sociedad... (Edwards, 1987, p. 28)

⁴Pese a que diferentes experiencias demostraron esta acotada eficacia, estas formas de trabajo antialcohólico fueron cada vez menos utilizadas (Litman & Tophan, 1983).

Si bien suscribimos la propuesta de Edwards, lo que debe ponerse de relieve es que esta situación opera en prácticamente todos los contextos nacionales europeos y americanos; y esto lo sabe muy bien Edwards, pues en su propio país cobró visibilidad a principios de la década de 1980. En 1979, el Central Policy Review Staff (CPRS) del gobierno británico concluyó un informe confidencial sobre las políticas nacionales respecto del alcoholismo; dicho informe fue solicitado por el gobierno socialista, pero el gobierno conservador que le sucedió, no solo decidió no publicarlo, sino que suprimió el CPRS, por las consecuencias negativas que podía tener para la economía británica.

El informe señala el notable incremento del consumo de alcohol y de sus consecuencias para la salud; proponiendo tomar medidas para reducir la producción y el consumo. Sostiene que el tratamiento no es la solución a este problema debido a su baja eficacia y a que el servicio de salud británico no está en condiciones de enfrentar este problema. Un sector de la profesión médica solicitó la publicación del informe, pero el gobierno conservador no lo hizo, editando en su lugar un folleto que concluye que solo una minoría de británicos tiene problemas de alcoholismo. Según las autoridades británicas la publicación de este informe podía influir negativamente en quienes beben correctamente, sosteniendo que:

...mientras que el abuso del alcohol puede causar serios problemas sociales y sanitarios, la producción y el consumo de bebidas alcohólicas constituyen una parte importante de nuestra economía en términos de trabajo, exportación e inversiones, así como es una fuente importante de ingresos estatales. Todo lo cual puede ser afectado si se restringe el consumo. (Woodhill, 1985, p. 129)

Pero, como se señaló, en países como EEUU el consumo de alcohol no solo interesa a la industria alcohólica, sino también a la industria de la salud. En 1987, 10.000 compañías privadas y agencias públicas, incluyendo el 70% de las 550 empresas enlistadas por la revista *Fortune*, tenían programas contra el alcoholismo y el abuso de drogas. En dicho año se estaban desarrollando 7.000 programas especiales, de los cuales el 65% se inició en la década de 1980; es decir cuando más se criticaba a nivel internacional este tipo de estrategias. Gran parte de estos tratamientos financiados por el Estado, dieron lugar a una dinámica industria de los servicios médicos contra las adicciones y el alcoholismo. Pero los resultados de los tratamientos antialcohólicos no fueron alentadores, según un informe especial de *Time*:

Aunque algunos institutos dan porcentajes exagerados de éxito terapéutico, las más correctas estimaciones señalan que solo entre un 12% y un 25% de los pacientes se recuperan luego de un tratamiento de tres años. AA ha estimado en un millón los alcohólicos recuperados, pero ese dato no es verificable. Como dice Gordis, actual director del NIAAA: algo muy importante todavía falta aquí. (*Time*, 1987, p. 82)

Más aun, la carrera por el éxito terapéutico respecto del alcoholismo ha conducido a varias instituciones médicas estadounidenses a falsificar sus datos de rehabilitación de pacientes alcohólicos, lo que ha llevado al NIAAA a realizar una investigación de los programas de tratamiento. Aclarando al respecto que este tipo de procesos no opera en América Latina y que en gran medida es debido a las orientaciones y colusiones de los profesionales e instituciones médicas de EEUU.

Para algunos especialistas estos procesos no pueden ser referidos exclusivamente a lo económico, sino también al control social ejercido en varios campos de la realidad, incluido el ocupacional. Roman (1981) analizó la expansión de los servicios antialcohólicos en empresas estadounidenses durante la década de 1970 y concluyó que una considerable parte de estos programas puede ser considerada como una nueva forma de control social en los lugares de trabajo. Este control se basa en la autoridad del saber médico, aun cuando las acciones directas de control las sigan realizando los supervisores laborales, acompañados de paramédicos.

Pero, además, durante décadas, en EEUU el alcoholismo ha sido la principal causa de encarcelamiento sobre todo de jóvenes afroamericanos, constituyendo en varios estados no solo un medio de control policial, sino de exclusión política sobre todo en términos electorales. Actualmente, esta situación de sujeto peligroso, controlado y excluido, el alcohólico lo comparte con sujetos “adictos” a otras drogas.

¿Dónde está el problema?

Como hemos señalado, prácticamente ha sido un lugar común subrayar la falta de interés del personal de salud por los alcohólicos; en el citado trabajo de Calderón sobre México se dice que: “En general los médicos y enfermeras [entrevistados] muestran poco interés en el tratamiento del alcoholismo” (1981, p. 29). Quince años antes, Raúl Yazigi consideraba para Chile que: “hasta hace más o menos tres años subsistía una inexplicable actitud médica

frente al alcoholismo; los hospitales clínicos y generales estimaban que era un problema que no les incumbía” (1970, p. 193).

A su vez Conrad y Schneider (1980a), analizando el concepto de alcoholismo como enfermedad, documentan que hasta la década de 1940 el alcoholismo era ignorado o no aparecía como problema de salud para los médicos estadounidenses. Este tardío reconocimiento del alcoholismo como entidad médica se observa tanto a nivel de la medicina general como de la psiquiatría:

La resistencia [médico-psiquiátrica] al tratamiento de los alcohólicos se reflejó en la lenta aceptación, por parte de numerosos miembros del personal dedicado a los programas sanitarios y de bienestar social, de la idea de que el alcoholismo era una enfermedad que requería sus conocimientos y habilidades profesionales. Hasta 1956 la Asociación Médica Estadounidense no expresó la opinión de que el alcoholismo debía incluirse en la práctica de la medicina, que los hospitales debían prepararse para atender a los alcohólicos y que los médicos internos tenían que entrenarse en el tratamiento de estos. Recién en 1957 la AMA dio su aprobación oficial a la declaración de que el alcoholismo era una enfermedad... (Snyder & Pittman, 1979, p. 196)

No obstante, la aceptación ha sido conflictiva y en los hechos ha seguido manteniéndose el rechazo o por lo menos el distanciamiento médico respecto de esta problemática, y de los sujetos que la padecen.

Diversas investigaciones realizadas a partir de mediados de esa década demuestran una actitud escéptica y a menudo hostil; surgiendo de estos estudios que los médicos describían al alcohólico con los siguientes rasgos: débil, falto de voluntad, no cooperativo, problemático, desesperado, ocupa demasiado el tiempo del médico, y presenta rasgos morales negativos. Este perfil prevalece en gran medida en la actualidad ya que, según Escotto

En la práctica privada, el profesional ha aprovechado cualquier excusa para rechazar la atención de un sujeto, que las más de las veces es llevado a consulta contra su voluntad, que crea conflictos en el consultorio y con el cual va a establecer una relación que pocas veces es agradable, porque escéptico de los resultados, no quiere destinar tiempo y esfuerzo al tratamiento [...] de ahí que la literatura acumulada en el pasado sobre alcoholismo fuera una apología dedicada a explicar por qué no se podía hacer nada al respecto. (Escotto, 1979, p. 150)

Lo señalado no es cosa del pasado; por el contrario, algunas investigaciones recientes realizadas con médicos estadounidenses indicarían que actualmente el alcoholismo tiende a ser percibido más débilmente como enfermedad que hace una década. Y lo mismo observamos en casos latinoamericanos ya que, según Ruggero, en Argentina

El alcoholista que llega a una sala de guardia agudamente intoxicado en general está sucio y huele mal. A menudo provoca cierta repugnancia, tanto física como moral. De ahí que el alejarse de él y decir que está “durmiendo la mona” es lo más fácil. Entonces no es de sorprender que de todos los casos que llegan, sea el de los alcoholistas aquel con el que se cometen más errores u omisiones diagnósticas terapéuticas, a menudo mortales. (Ruggero, 1980, p. 51-52)

El maltrato al paciente alcohólico ha sido registrado con notable unanimidad en los diferentes contextos donde funciona la medicina alopática. La psiquiatría francesa ha subrayado un rasgo importante del alcohólico que explica por qué este se convierte en un paciente particularmente estigmatizado por el equipo de salud, ya que el alcohólico presenta escasas diferencias con un sujeto “normal”, sobre todo a nivel de las instituciones psiquiátricas. Según Gentis, en estas instituciones el paciente que puede ser claramente identificado por el equipo de salud como enfermo, recibe un trato más deferente.

En cambio, a quien se vigila, se espía, se intenta pillar en falta, a quien se procura por todos los medios clavar en la pizarra de las especies patológicas es el paciente cuya enfermedad no es tan evidente, el que se expresa con corrección, el que se parece a uno [...] Al frente del desfile de privilegiados van los alcohólicos; éstos son la verdadera cabeza de turco del sistema... (Gentis, 1972, p. 22)⁵

Este autor enumera además toda una serie de técnicas terapéuticas aplicadas a los alcohólicos y que expresan la hostilidad técnica del equipo de salud, concluyendo que “Es preciso percatarse del sadismo refinado a que se ha llegado en el tratamiento de los alcohólicos, como son las prácticas que se usan en nombre de la desintoxicación” (1972, p. 24). Y esta agresividad médica

⁵Gentis describe algunas técnicas médicas, entre ellas, la llamada “cura suiza”: se coloca a cuatro bebedores de alcohol en una habitación vacía, se les da en abundancia su bebida favorita; y luego, por medio de un fármaco, se les hace vomitar durante un largo lapso. Esta sesión de consumo y vómito se repite varias veces.

se relaciona con su desinterés por este problema, ya que en 1969 el Grupo Francés de Estudios sobre el Alcoholismo realizó una encuesta, que envió a 4.000 médicos y solo fueron devueltos 193 formularios. Como algunas respuestas fueron colectivas, puede estimarse que solo un 10% de los facultativos respondieron a la encuesta (Arliaud, 1976).

De lo analizado hasta ahora se desprende que el rechazo médico estaría basado en gran medida en la ineficacia diagnóstica, curativa y preventiva del modelo médico hegemónico, referida no solo a la práctica médico-psiquiátrica general, sino también a las más sofisticadas prácticas teóricas psicoanalíticas y/o antipsiquiátricas. En todas estas, es fácil detectar no solo la poca diversidad de técnicas psicoterapéuticas, sino la escasez de aproximaciones teóricas respecto del alcoholismo. El paciente alcohólico resulta un paciente poco interesante, tanto para los médicos generales como para los psicoterapeutas. La carencia de éxito terapéutico conduciría al rechazo tanto en la consulta privada como pública; y esta “inhibición terapéutica” halla su correlato en el campo de la investigación médica. Por lo que Pittman aseveraba en la década de 1960:

Es fácil observar que la investigación de la conducta del alcoholista y/o del alcoholismo no aporta el mismo grado de prestigio que las investigaciones realizadas en la esfera de la psiquiatría social, de la psicología experimental o de la etiología del cáncer. En realidad, a veces la investigación del alcoholismo suscita sospechas [...] sospechan que uno es un promotor del movimiento de temperancia o un borracho reformado [...] Muchas investigaciones sobre el alcoholismo son abandonadas [...] A nuestro entender, este fenómeno tiene que ver con la escasa jerarquía de la investigación del alcoholismo en el seno de las disciplinas comentadas aquí [psiquiatría, psicología, antropología, sociología]. (Pittman, 1968, p. 81-82)

Subrayando que Strong llega diez años después a conclusiones similares respecto de la práctica médica en general:

En la medicina moderna, el trabajo más prestigioso y “esencial” de la profesión es el que se da alrededor de cuestiones fundamentales biológicas, que son al mismo tiempo complejas y susceptibles de intervención práctica. La medicina es una ciencia aplicada, fundamentalmente pragmática; a los médicos les gusta el éxito. Los grandes avances de la alta tecnología médica dominan el aprendizaje médico y modelan la jerarquía del prestigio, y los orienta hacia áreas

donde pueden efectivamente obtener dichos éxitos. Esto conduce a que en gran medida dejen de lado problemáticas de enfermedad mental y geriatría. La ideología médica se asienta en la biología ven la eficacia. (Strong, 1977, p. 63)

El desinterés y la ineficacia técnica es reconocida reiteradamente por los analistas; y sería este hecho uno de los que fundamentaría la frecuente percepción médica del alcoholismo como vicio e incluso como pecado, en el caso de los paramédicos de algunas comunidades estudiadas. Esta percepción puede hallarse reforzada, como se señaló, por la conducta del paciente alcohólico en las instituciones hospitalarias, donde a este se le considera como normal respecto del resto de los internados, lo cual lo conduce a adquirir roles y funciones determinadas que potencian aún más su “normalidad”, ya que como señalan Ey *et al.*:

En el hospital el “enfermo” [alcohólico] está con frecuencia en una situación falsa, puesto que, en su opinión y también en la del personal de enfermería, no es un enfermo; se convierte rápidamente en un “buen trabajador”, que con frecuencia puede por este hecho violar la consigna de abstinencia que debería ser observada durante la cura. (Ey *et al.*, 1971, p. 402)

Es en esta interacción social en la que tanto el enfermo como el personal de salud no reconocen al alcohólico como anormal, y son también estas condiciones las que facilitan la constante recaída del alcohólico rehabilitado en la embriaguez, lo cual será en gran parte interpretado como vicio y no como enfermedad, especialmente por el personal de salud; debido entre otras cosas al consumo de alcohol que caracteriza a dicho personal⁶.

Una explicación aducida por algunos autores subraya la inadecuada formación profesional del personal de salud, lo que evidencia el estudio de Moser (1974) respecto de personal paramédico y de funcionarios policiales, al comparar los programas de alcoholismo en 33 países. Varios trabajos evidencian esta situación en la formación profesional de los médicos; y al respecto, uno

⁶Tanto Ey como Gentis analizan la relación normalidad/diferencia, que en el caso francés debe ser necesariamente referido a un hecho que estos psiquiatras no incluyen. Me refiero a la alta cantidad de alcohol consumida por la mayor parte de la población francesa, que era de aproximadamente 40 litros de alcohol absoluto per cápita en los años en que ellos escribían sus trabajos, recordando que parte de los consumidores son los médicos incluidos los psiquiatras y el resto del personal de salud. Siendo este otro de los factores que acentúa aún más la hostilidad hacia la “no diferencia”.

de los pocos aportes serios en América Latina lo constituye el trabajo de González sobre la percepción que sobre el alcoholismo tienen estudiantes del cuarto curso de la carrera de medicina de La Habana. A 100 alumnas y 100 alumnos de ese curso, durante su rotación por el Hospital Psiquiátrico de La Habana, se les aplicó una encuesta para responder en condiciones de anonimato. Las conclusiones más importantes fueron las siguientes: a) el 50% de los entrevistados consideró que una persona no debe embriagarse nunca; b) se evidenciaron criterios erróneos sobre la cantidad de alcohol que afectaría la capacidad de un conductor de vehículos; c) el 75% de los alumnos consideró al alcoholismo como producto de malas influencias ambientales; el 70% lo consideró como expresión de vicio, y el 42% como recurso utilizado por los pacientes para ahogar sus penas...; d) las apreciaciones pronósticas de los alumnos expresaron una sobrevaloración de las terapéuticas, al informar cifras de recuperación definitiva muy por encima de las alcanzadas realmente con los tratamientos actuales; e) el nivel de conocimiento sobre los efectos nocivos de la ingestión alcohólica excesiva fue en general bajo; f) el consumo exagerado de alcohol, la dependencia al tóxico y la fragilidad moral fueron los criterios rectores utilizados para definir el alcoholismo... Los resultados obtenidos en nuestro estudio descubren en los alumnos explorados una actitud similar a la evidenciada en las investigaciones orientadas a explorar las apreciaciones populares sobre el alcoholismo (González, 1982, p. 35).

Esta negación/rechazo de la problemática del alcoholismo, puede adquirir un cariz aparentemente distinto, que la convierte en aceptación positiva. Bogani resume una serie de entrevistas realizadas “a los más preclaros médicos españoles.” como Marañón, Jiménez Díaz, Pons, Dexeu, Caralps, Trías, Sarró y Vallejos, quienes niegan las consecuencias del alcohol y ponderan sus diversos efectos positivos. A su vez, uno de los principales especialistas españoles actuales, Francisco Alonso nos informa que:

La incitación para un abuso alcohólico tiene en ocasiones una base iatrógena. La indicación médica de ingerir alcohol para reforzar la dieta alimentaria, elevar la tensión arterial, combatir el frío o producir vasodilatación coronaria menudea entre nosotros y su repercusión social contribuye en una amplia medida a fomentar los abusos alcohólicos, incluidos en el alcoholismo iatrógeno. (Alonso, 1979, p. 439).

Esta ponderación positiva de los efectos del alcohol, que niega de hecho al alcoholismo, se correlaciona con determinadas características que operan en por lo menos una parte de los médicos. “Una de las dificultades de captar información sobre los alcohólicos, es por qué se sospecha que muchos médicos

no solicitan suficiente información del paciente, porque este realmente no toma mucho más que lo que bebe el médico” (Cahalan & Cisin, 1976, p. 108). Lo que nos conduce a recordar que la toxicomanía y el alcoholismo afectan en forma particular a los médicos, dado que se ha tendido a investigar más la toxicomanía que el alcoholismo, cuando es casi obvia la mayor gravedad de esta problemática dentro de la profesión médica, por lo menos en EEUU y en algunos países europeos y latinoamericanos. Como señaló Jones (1979), durante la década de 1960 se demostró que los médicos tienen una mayor probabilidad de padecer alcoholismo, drogadicción, depresión y suicidio que el conjunto de la población. En EEUU, el NIAAA ha estimado que el 18% de los médicos son alcohólicos.

Por otra parte, las estadísticas de morbimortalidad para Gran Bretaña han demostrado, a lo largo de una extensa serie histórica, que la cirrosis hepática constituye una de las primeras cinco causas de mortalidad entre los médicos y que durante años ha sido la primera causa. A su vez, un informe de la OMS concluye que en los países en desarrollo los sectores profesionales y dirigentes serían particularmente vulnerables al alcoholismo; y que “...a juicio de una persona que ha facilitado información sobre África, la primera generación de médicos de su país ha quedado incapacitada por el alcoholismo” (OMS, 1979, p. 414). La creciente incidencia de la mortalidad directa e indirecta por alcoholismo en los médicos cobra un carácter relevante en países como el Reino Unido o EEUU donde dichos profesionales tienen una mayor esperanza de vida que la media poblacional. En el Reino Unido la esperanza de vida de los médicos resulta un 19% mayor que la de la población general, sin embargo, dichos profesionales presentan las más altas tasas de mortalidad por causas como suicidio, cirrosis hepática y accidentes.

En la década de 1970 surge como un campo de investigación la problemática de la incapacidad profesional entendida como las limitaciones físicas y mentales generadas o no por el trabajo médico, que impiden practicar adecuadamente el trabajo profesional. Estas investigaciones están referidas en particular a problemas de alcoholismo y drogas; y así, en 1979 el 80% de los títulos del Index Medicus referidos a incapacidad concernía a alcoholismo y drogadicción. Según Swazey y Scher (1985), en la década de 1980 este campo de investigación disminuye significativamente, lo que algunos interpretan como un intento de protección de la imagen profesional, lo cual concuerda con la información obtenida por nosotros en México en varios servicios médicos de tercer nivel de atención, donde los médicos tendían a “proteger” —a veces entre diez y veinte años— a los profesionales con problemas graves de alcoholismo, y que fueron en su totalidad varones.

La investigación médica sobre el alcoholismo de los médicos parece estar más preocupada por identificar la enfermedad y ayudar al paciente que por entender el problema. Los psiquiatras atribuyen el abuso del consumo de alcohol por los médicos a problemas emocionales generados por el stress y la depresión, mientras los internistas y médicos generales subrayan los aspectos fisiológicos de la enfermedad (Swazey & Scher, 1985). Según varios analistas, la formación médica implica largos periodos de trabajo en común entre varones; el consumo de alcohol se convierte casi en una obligación para los jóvenes estudiantes, y algunos profesionales adquieren en este proceso sus pautas alcohólicas. El trabajo médico puede facilitar y reforzar el consumo de alcohol.

Diversas investigaciones evidenciaron que los médicos no suelen tratar su alcoholismo, y así, por ejemplo, Jones realizó un estudio sobre médicos con diversos problemas de salud mental, entre ellos el alcoholismo, y encontró que solo un 18% buscó atención médica y que el 82% siguió trabajando en el campo médico sin recurrir a atención especializada (Jones, 1979). Las conclusiones de gran parte de estos trabajos es que el médico “es un paciente difícil” (Mogul, 1985).

Para Prout, el elemento más remarcable del comportamiento del médico alcohólico es su tendencia a mentirse y mentir respecto de su alcoholismo:

Este es un comportamiento común a los alcohólicos; esta es tal vez la única enfermedad bajo la cual una persona confiable se vuelve mentirosa. Este comportamiento no es percibido generalmente por la gente que trabaja con ellos, pese a las consecuencias que tiene para su desempeño laboral. Los médicos se siguen autoconsiderando como totalmente capaces y se niegan a admitir la supervisión de su trabajo. Solo lo más notorio de las fallas laborales de los médicos alcohólicos es detectado. (Prout, 1985, p. 159)

La forma en que la profesión médica enfrenta la incapacidad laboral por alcoholismo refleja su propia inserción como instrumento de control social, así como el uso diferencial que hace de sus propias estrategias. En principio, el “médico alcohólico” tiende a ser protegido, disculpado y amparado por los otros médicos. Se suele secundarizar el error profesional invocando que “la medicina es un arte” y en consecuencia es esperable un determinado porcentaje de error. Los médicos no aplican a su propia profesión los criterios que aplican a la población en general, aun cuando los médicos alcohólicos evidencian los mismos rasgos que los profesionales critican y que contribuyen a generar el rechazo médico a este tipo de paciente (Bosk, 1985).

Los programas de rehabilitación aplicados a los médicos alcohólicos están basados en la terapia individual y se excluye la ayuda comunitaria que, sin embargo, se recomienda al resto de los pacientes:

Los recientes esfuerzos para identificar y rehabilitar médicos enfermos subrayan las medidas en la cuales los patrones de autorregulación profesional expresan simbólicamente las creencias básicas profesionales acerca del trabajo médico y de los médicos, las relaciones entre colegas y las que se dan entre los médicos y el público en general. El control médico es notablemente congruente con las creencias, valores e intereses profesionales. (Morrow, 1985, p. 179-180)

Todos estos procesos evidencian el condicionamiento ideológico que opera en el saber médico, que remite no solo a la estructura y función del modelo médico hegemónico, sino también a los contextos donde realizan sus labores profesionales⁷. Todos los especialistas saben que los médicos estadounidenses, o los formados por la influencia de la medicina estadounidense, tienden a diagnosticar cirrosis hepática de origen no alcohólico en forma mucho menos frecuente que los médicos europeos occidentales o de formación europea. Así, para los estadounidenses solo alrededor de un 50% de las cirrosis hepáticas sería de origen alcohólico, mientras que para varias escuelas europeas la relación estaría entre un 80% y un 90%. Como recuerdan investigadores italianos en una revisión del problema, la estrecha relación entre ingestión de alcohol y muerte por cirrosis hepática:

...ha sido ampliamente negada y muchos esfuerzos se realizan, sobre todo en los Estados Unidos, para demostrar que los dos fenómenos eran meramente coincidentes. Estas observaciones se basaban sobre modelos experimentales inadecuados y sobre material clínico distinto del manejado por los médicos europeos y sobre todo por los facultativos franceses, italianos y alemanes. Los años sesenta fueron los de la cirrosis nutricional, en cuya patogenia la carencia proteica era *todo* y la ingestión de alcohol *nada*, o a lo sumo un factor favorecedor del problema. (Ghidini *et al.*, 1979)

⁷Ya Jellinek indicaba un reconocimiento más tardío del alcoholismo como enfermedad en los médicos de países donde el consumo de alcohol está integrado culturalmente y tiene implicaciones económicas (1960, p. 27).

Ulteriormente esta explicación unilateral perdió vigencia, pero siguen manteniéndose las diferencias tanto a nivel clínico como a nivel de investigación entre las escuelas estadounidense y europea que, recordemos, se expresa en las sucesivas reorientaciones de la biomedicina mexicana que hasta la década de 1970 subrayó la presencia de la cirrosis hepática, para luego relegarla y reemplazarla cada vez más por la hepatitis C, lo que en gran medida expresa que actualmente, la principal referencia científica y profesional, es la medicina de EEUU y no la medicina europea, como lo fue hasta hace pocas décadas.

Junto a estos factores, en algunos países existirían procesos económico-políticos que incidirían directamente en la actitud de los profesionales médicos para rechazar o minimizar el problema del alcoholismo. Ya que, por ejemplo, en Francia la labor profiláctica antialcohólica es particularmente difícil dado que, según Magnot, “los representantes médicos en el antiguo parlamento francés eran, en su mayor parte, propietarios de viñedos” (Magnot citado por Alonso, 1979, p. 483). Además, bajo determinadas circunstancias, la relación entre ingestión de alcohol e ingresos económicos adquirió entre los médicos características particulares; y así, el periodo de la Ley Seca en EEUU favoreció notablemente esta relación, pues durante “la prohibición” el alcohol podía ser recetado por los médicos en la medida en que cumpliera funciones terapéuticas. Según nuestras fuentes, tan solo en 1928 “...las recetas de whisky procuraron un ingreso de 40 millones de dólares a los médicos estadounidenses” (Castel *et al.*, 1980, p. 193).

Para algunos analistas la percepción médica negativa del alcohólico correspondería a una relación de clase, según la cual el alcohólico sería, por definición social más que técnica, un individuo perteneciente a las clases subalternas y en particular al proletariado urbano dentro de la estructura social de los países capitalistas europeos y de EEUU. Esto operaría en gran parte de los países latinoamericanos, pero en nuestro caso el estereotipo también sería referido al campesinado de origen indígena y a la población marginal urbana. Aceves *et al.*, refiriéndose a México, señalan: “La cirrosis es considerada tradicionalmente como padecimiento propio de los grupos socialmente desprotegidos, por lo cual se le otorga baja prioridad entre los problemas de salud que afectan al derechohabiente de algunos grupos o instituciones médicas” (1975, p. 453). Ya sea dentro de países capitalistas centrales o dependientes, el estereotipo social y técnico coincide en reconocer en los estratos sociales bajos de la sociedad las tasas más altas de alcoholización.

Esta percepción negativa de tipo clasista, según Gentis, no opera solo en los médicos, sino en el equipo de salud en general; y sobre todo en el personal de enfermería de las instituciones psiquiátricas:

A los innumerables proletarios alcohólicos que acaban un día u otro en psiquiatría, la inmensa mayoría de los enfermeros los tratan con la distancia y el menosprecio corrientemente usados para este género de personas. Es muy impresionante y lleno de enseñanzas el ver que todos los esfuerzos que empleas durante años para hacer desaparecer los prejuicios habituales —quiero decir, los esfuerzos que haces junto a los enfermeros—, a fin de cuentas, es como si meases en un violín. Puedes apelar a todas las autoridades científicas, demostrar lo evidente, desvelar los resortes, a veces muy aparentes, que pueden empujar a un tío a beber; no sirve estrictamente para nada: los enfermeros continúan como si nada, tratando el alcoholismo desde un punto de vista moral, culpando al tipo, hundiéndolo en su miseria y su ignominia, minando toda posibilidad de cura partiendo de que quien ha bebido, beberá, etc. El único medio de hacer considerar a un alcohólico como a un enfermo es el de prescribir un tratamiento a base de moral y sadismo, que como sabes siempre están ligados, y por ejemplo hacerle vomitar con apomorfin. En eso estás seguro de que te siguen los enfermeros; estos serán entonces verdaderos técnicos, orgullosos de su saber y de sus técnicas, e incluso llegan a pensar que un alcohólico puede verdaderamente curarse. (Gentis, 1979, p. 62)

Ahora bien, tanto Arliaud (1976) y Mottez (1976) como Conrad y Schneider (1980a) subrayan un hecho que consideramos importante para explicar parcialmente el proceso de rechazo/apropiación médica del alcoholismo. Según ellos, los médicos en su práctica individual se ven obligados por el discurso médico oficial a hacerse cargo de un problema que rechazan, porque saben que su actividad profesional tiene muy escasa eficacia. Según Mottez (1976), en Francia, todo un dispositivo institucional conduce a ver en el saber médico la solución del alcoholismo; un saber médico que, sin embargo, no puede referir al alcoholismo una de las principales características del enfoque biomédico, ya que al igual que en el siglo XIX la medicina actual no puede encontrar un referente somático seguro respecto de la causalidad del alcoholismo.

Esta situación técnica conflictiva expresa y al mismo tiempo convalida el peso que tienen en el saber médico las connotaciones “morales” e ideológicas, que remiten también al sistema de clases dominante:

Hay una relación intrínseca entre los tipos de alcoholismo y las características sociales y sobre todo morales de los bebedores. Todo nos conduce a considerar que el proceso alternativo de lo médico a

lo social o a lo moral es, por una parte, la traducción del juicio social (en el sentido de juicio ligado a una posición social y de clase) de los médicos sobre las características sociales, morales y a veces naturales de los bebedores, y por otra parte que dicho discurso científico es lo que legitima por excelencia el juicio moral. (Mottez, 1976, p. 376-377)

El discurso médico francés diferencia “el alcoholismo por hábito” del “alcoholismo neurótico” y dicha diferencia expresa una relación médico-paciente de clase, pues para dicho discurso científico el “hábito alcohólico” es propio de la clase obrera y el “alcoholismo psicológico” es característico de las clases sociales alta y media.

El saber médico localiza un tipo alcoholizado circunscrito a las clases subalternas y en particular a los sectores que pueden ser denominados como “lumpen”, “marginales”, “pobres”, y otras denominaciones similares. A pesar de la imagen popular del ebrio vagabundo, se ha comprobado que la gran mayoría de las personas que sufren de alcoholismo continúa trabajando y sigue viviendo en sus hogares junto a sus familiares, manteniendo de esta manera su funcionamiento en la sociedad. Esto es especialmente cierto para los alcohólicos de “cuello y corbata”, profesionales y directivos, ya que “Los alcohólicos del grupo obrero son los que pasan a formar parte de las estadísticas de los hospitales, de las cárceles o de la corte de justicia, debido a su mayor visibilidad. En consecuencia, la gran mayoría de las publicaciones populares al respecto se refieren especialmente a los alcohólicos de la clase obrera” (Trice, 1967, p. 295). Debe agregarse, que gran parte de estas personas que nutren las estadísticas, así como su perfil clínico y epidemiológico, no son diagnosticados ni tratados por los médicos como enfermos alcohólicos por lo menos en México, sino como enfermos de otro tipo de padecimiento.

Esta orientación clasista biomédica refuerza uno de los caracteres básicos de la relación médico-paciente respecto del alcoholismo. Con una rara uniformidad los facultativos atribuyen la ineficacia de los tratamientos a la población y en particular al paciente y a su familia. La percepción médica, que por otra parte es correcta en un nivel manifiesto, señala como dificultad diagnóstica, el hecho de que el paciente llegue en un avanzado estado de deterioro; que el alcohólico no se reconoce como tal y que el conjunto de la población no reconoce al alcoholismo como problema de salud. Estas características han sido verificadas en numerosas investigaciones, pero estos datos deben ser contrastados con el desarrollo actual del saber médico. Ya vimos que el modelo médico hegemónico tiene serios problemas para la detección y asistencia médica tempranas, y para proponer acciones eficaces en los tres niveles de atención, es decir, que le pasa algo similar a lo que le ocurre a los

sujetos y conjuntos sociales: no detecta el problema. Pero además, una parte de los médicos, alcoholizados o no, tiende a negar la presencia de alcoholismo en los pacientes que atiende, así como niega su propio alcoholismo. Por lo cual, las percepciones de la población y la de los profesionales respecto del alcoholismo se complementan para negarlo como enfermedad.

Al respecto, resulta interesante observar que el “descubrimiento” de los factores socioculturales, como determinantes de la percepción y acción respecto del alcoholismo, es recurrentemente planteado para la población, pero se excluye al personal de salud. En la década de 1960, se convirtió en un lugar común proponer el estudio de la percepción social del alcoholismo. En 1966, Adis señalaba que se necesitaba llegar a saber cuáles son los valores y creencias de la comunidad para poder transformarlos mediante programas educacionales:

Así Jellinek (1960) y Mulford y Miller (1964) informan que si bien un sector bastante grande de la población tiende a aceptar al alcohólico como enfermo, esta aceptación es superficial y en muchos casos no va más allá de un simple repetir mecánicamente los *slogans* frecuentemente utilizados en las campañas sobre el alcoholismo... Para Mulford y Miller (1961) uno de los factores importantes que pueden estar contribuyendo a la ingestión anormal del alcohol es precisamente la forma de percibir y conceptualizar la conducta del bebedor. (Adis, 1966, p. 344)

Esto no fue referido nunca al personal de salud, por lo menos en América Latina, aun cuando es obvio, por todo lo que venimos analizando, que la percepción social del equipo de salud también debería ser descrita y analizada; pero hasta fechas muy recientes esto no se planteó ni se ha estudiado sino excepcionalmente.

En 1981, Edwards proponía que el consumo de drogas, incluido el alcohol, refleja las características socioculturales de una sociedad, pero que el médico se autoexcluye de dicha pertenencia sociocultural. Así considerado, el tratamiento de las toxicomanías es un medio más de comprender los rasgos fundamentales de la variedad cultural y es a este respecto totalmente equivalente a cualquier otra manifestación cultural o social. Puede en verdad parecer extraordinario que se haya escrito tanto hasta la fecha sobre la sociología y antropología del consumo de drogas y que al mismo tiempo se haya hecho tan poco para aplicar estas ciencias al estudio de los orígenes sociales y culturales de la respuesta terapéutica. Es como si diéramos por sentado que el consumidor de drogas está ligado a la cultura, mientras que los terapeutas,

sus técnicas y sus pautas de tratamiento están al margen de ella, o en marcha hacia una evolución que permite llegar a un absoluto de la medicina occidental, no condicionada culturalmente. (Edwards, 1981, p. 197)

Es importante consignar que, en algunos países, tanto de intenso trabajo antialcohólico como Canadá y Finlandia, o de acciones limitadas como Francia, se reconoce que la población en general ha mejorado su información sobre el alcoholismo, pero sin que se hayan desarrollado terapéuticas médicas eficaces. Si bien a nivel técnico, las tendencias más críticas reconocen actualmente la ineficacia o eficacia parcial de las prácticas médicas; sin embargo, el discurso médico dominante sigue ponderando al saber médico como el más idóneo. Y ocurre que, según algunas encuestas, la población opina igual; y así, por ejemplo, la encuesta llevada a cabo por Calderón y colaboradores en el área de Tlalpan de la Ciudad de México evidenció que el 92% de las mujeres y el 87% de los hombres consideraron que los tratamientos antialcohólicos son efectivos. Pero justamente lo que sabemos es que son muy poco efectivos, por lo cual lo que estos datos tal vez expresan es que los conjuntos sociales se han apropiado, por lo menos en parte, del discurso médico, o que respondieron cortés y especularmente a quienes los encuestaban en nombre del sector salud.

Las representaciones sociales que del alcoholismo tienen el personal de salud y los grupos sociales se han construido en una mutua relación, que incluye la aceptación por una parte de los enfermos y del conjunto de las clases subalternas de procesos de autoestigmatización. Una parte de la mejor producción antropológica ha propuesto este tipo de interpretación según la cual, la técnica médica legitima profesionalmente la anormalidad, la desviación, la enfermedad, que frecuentemente tiene que ver con relaciones entre diferentes sectores sociales, incluso en términos de relaciones de clase.

Estas aseveraciones han sido desarrolladas teóricamente sobre todo por el interaccionismo simbólico, que llega en gran medida a concebir al enfermo y, en menor medida, a la enfermedad como una construcción del sistema médico. Como ya hemos visto, Mac Andrew y Edgerton propusieron en 1969 un modelo de tipo interaccionista para la explicación del alcoholismo, según el cual:

Hemos demostrado la insuficiencia de la interpretación convencional de los efectos del alcohol en la conducta humana y de ofrecer en su lugar una formulación radicalmente psicosocial. Más que considerar el comportamiento de los "borrachos" como una función de cerebros incontrolados a causa de una intoxicación, que actúa sobre unos cuerpos movidos por impulsos, hemos señalado que lo que fundamentalmente se discute son las relaciones aprendidas

existentes entre hombres que viven dentro de una sociedad. Más concretamente, hemos sostenido que la forma en que la gente se comporta cuando está embriagada viene determinada no por la acción tóxica del alcohol contra la sede del juicio moral, de la conciencia, etc., sino por lo que su sociedad hace de ellos, y por lo que les hace saber en relación con el estado de embriaguez. (Mac Andrew & Edgerton, 1969, p. 165)⁸

Por lo que, para convertir el alcoholismo en enfermedad, la medicina tuvo que excluir estas características y funciones socioculturales, y manejarse en dos niveles, el considerar el alcoholismo como enfermedad en términos de pauta ideal biomédica, y el seguir considerando el alcoholismo como “vicio” o como consumo positivo normalizado como pauta real profesional. Siendo esta última pauta la que se expresa a través de la práctica médica, y cuyo principal indicador médico para su persistencia es la inexistencia de técnicas médicas eficaces tanto en términos de diagnóstico como de terapéuticas.

Crisis, alternativas o reproducción de la continuidad

De lo analizado hasta ahora surge que los problemas relacionados con el uso y consumo de alcohol se incrementan continuamente; que el saber médico no posee instrumentos para establecer diagnósticos oportunos, que sus actividades curativas son de reducida eficacia y que, incluso, se caracteriza por la carencia de fármacos. Esta situación ha dado lugar al desarrollo de dos propuestas básicas dentro del campo biomédico, una que plantea la necesidad de centrar las acciones en la prevención, y otra que propone un regreso al modelo médico hegemónico, apelando al campo genético.

El retomo de la perspectiva genética por una parte creciente de la psiquiatría estadounidense tiene que ver con replanteos teórico-prácticos, pero también con una relegación de la atención primaria. Esta orientación, en el caso del alcoholismo, se incrementa constantemente al cuestionar, además, la eficacia de la atención primaria en salud mental; y así varios analistas señalan que recientes investigaciones han demostrado que los principales desórdenes mentales incluidos esquizofrenia y alcoholismo son de origen genético. A su

⁸Es importante recordar que el análisis de estos autores se realiza en un contexto de “situación colonial estadounidense”, o si se prefiere de “situación étnica”, referido a las funciones que la alcoholización cumple en las relaciones entre los indígenas de EEUU y de América Latina y los colonizadores, dentro de un proceso de dominación económico-política e ideológico-cultural.

vez, Partanen (1983) concluye que la bibliografía especializada demuestra que mucha de la respuesta conductual y farmacológica al alcohol es hereditaria, aun cuando reconoce que la mayoría de estas investigaciones fueron realizadas con animales y no con seres humanos. El vertiginoso desarrollo de la ingeniería genética y el incremento de investigaciones en campos específicos, ha conducido a potenciar las expectativas positivas en esta rama de la biomedicina. Se espera que en un corto plazo podamos conocer la neuroquímica de la adicción para controlarla, así como también resolver el problema de la cirrosis hepática.

Sin embargo, hasta que esto ocurra, lo que recurrentemente se verifica es la limitada eficacia de los tratamientos médico-psiquiátricos. Estas limitaciones, aunadas a un notable incremento de las consecuencias negativas devenidas del uso del alcohol, condujeron a proponer medidas preventivas y a apoyar las técnicas de autoayuda, sosteniendo que la detección oportuna de sujetos que tienen problemas relacionados con el alcohol "...constituye la piedra angular de la prevención secundaria" (De la Fuente *et al.*, 1986); pero reconociendo que si bien se han diseñado varias pruebas para la detección, la mayoría de estas solo capta casos avanzados o de fácil reconocimiento, sin que haya acuerdos en cuanto a la real sensibilidad de estos instrumentos. Además, "en términos generales, la búsqueda de marcadores biológicos de consumo excesivo de alcohol ha sido más frustrante que gratificante" (De la Fuente *et al.*, 1986, p. 38).

Según una parte de los especialistas, no contamos con instrumentos para poder detectar "alcohólicos problema"; por otra parte, si bien pueden proponerse grupos de riesgo por edad, sexo u ocupación, la amplitud de estos grupos es tan grande que prácticamente no provee de pautas operativas. Esto debe ser relacionado con la creciente evidencia de que no son los bebedores excesivos los que generan una parte significativa de los problemas, ya que, según López Claro:

Existe evidencia empírica sólida de que el aumento del consumo de alcohol per cápita se debe a un incremento del consumo por parte de todos los tipos de bebedores y no solo de aquéllos que con anterioridad podían ser clasificados como bebedores excesivos. Esta observación tiene gran importancia, ya que muchos daños inherentes al alcohol, ocurren entre personas que podrían clasificarse como bebedores moderados u ocasionales. (López Claro, 1987, p. 347)

En otras palabras, la posibilidad de intervenir oportunamente sobre uno de los tipos de población que más incrementa sus problemas con el uso del alcohol es muy limitada.

El retorno a la prevención no opera en el vacío, sino que tiene como trasfondo las experiencias prohibicionistas de las décadas de 1920 y 1930, las cuales no solo concluyeron en el fracaso, sino que dieron lugar al incremento de la criminalidad. Fue el fracaso de esta concepción prohibicionista lo que facilitó el auge de las estrategias curativas durante las décadas de 1950 a 1970 las cuales, por otra parte, también fracasaron.

Y es debido a estas tendencias que, desde mediados de 1970, la OMS viene proponiendo la aplicación de políticas preventivas articuladas con estrategias asistenciales, pero referidas a la reducción del consumo y a cambios de comportamientos. Y así en 1980 la OMS consideró que:

Dejando aparte el objetivo de una abstinencia total, meta de la prevención que sería inaceptable o imposible de fijar en casi todas partes del mundo, los objetivos fundamentales entre las diversas alternativas que tendrían un efecto automático en todos los problemas concomitantes serían: la reducción de las cantidades de alcohol que se consumen, y el cambio de los hábitos del consumo de alcohol, para evitar que se beba en ambientes o momentos inadecuados. (OMS, 1980, p. 32-33)

Estos dos objetivos se podrían cumplir por medio de la aplicación de un conjunto de medidas que pueden desagregarse de la siguiente manera:

- a) Medidas de control de la disponibilidad y accesibilidad a las bebidas alcohólicas, que incluyen medidas respecto de la reducción de la producción, que hasta ahora son mínimas; medidas respecto del número y de la localización de los expendios de bebidas alcohólicas, que implican restricciones de horarios, de días de la semana para consumir, de la edad de las personas que pueden comprar bebidas. También se proponen medidas impositivas que buscan incrementar el precio de las bebidas; reorientar y controlar no solo la producción y comercialización de alcohol ilegal, sino también la comercialización de productos que tienen alcohol (perfumes, fármacos, alcohol de 96°). Y, por último, se propone el control de la publicidad de bebidas alcohólicas.
- b) Medidas de control de riesgo que incluyen: la reducción de la velocidad de los automotores; el control y penalización del conductor ebrio; el

- control y penalización de comportamientos públicos en estado de ebriedad; el control de accidentes laborales generados por el consumo de alcohol; el control y penalización de la agresión a familiares bajo los efectos del alcohol, el control de consumo de alcohol en embarazadas.
- c) Medidas para promover cambios en los comportamientos mediante la educación de la población respecto de las normas alternativas a la conducta alcoholizada.
 - d) Medidas para prevención y atención primaria, que incluyen la acción sobre el medio social, y el ataque al problema en los múltiples niveles en que opera (individual, pequeño grupo, comunidad), pero basándose centralmente en la participación comunitaria. Supone el uso protagónico de los grupos de autoayuda.

Varios sectores sociales se han opuesto a la aplicación de varias de estas medidas, que van desde la oposición de las empresas productoras y comercializadoras de alcohol, hasta ciertos sectores del Estado, pasando por los propios conjuntos sociales. En esta oposición intervienen desde intereses económicos hasta orientaciones socioculturales; pero además han surgido oposiciones de otro tipo, como las que cuestionan varias de las medidas señaladas porque amenazan las libertades individuales, constituyendo instrumentos de posibles controles estatales. Otros críticos consideran que una parte de dichas medidas favorecen el consumo de bebidas alcohólicas producidas ilegalmente, favoreciendo el quebrantamiento de la ley y la construcción de nuevas ilegalidades a controlar. Además, hay quienes plantean que dichos controles operarían en forma desigual, reforzando las desigualdades sociales ya existentes; y por último otros consideran que estas medidas constituyen un avance del Estado sobre las decisiones basadas en el placer personal.

Estas distintas oposiciones se han combinado entre ellas, para que en la práctica solo se apliquen algunas de las propuestas antialcohólicas enumeradas. Las más frecuentes operan sobre la comercialización y los comportamientos sociales, subrayando que, pese al énfasis en lo preventivo, la mayoría de los recursos e inversiones respecto del alcoholismo se canalizan hacia las actividades de tipo asistencial.

Posiblemente el hecho más significativo en la lucha contra el alcoholismo sea el incremento de los grupos de autoayuda, incluido el creciente reconocimiento por el sector salud de dichos grupos, y en particular de los grupos de Alcohólicos Anónimos. Como lo señalamos previamente, estos grupos constituyen la alternativa terapéutica de mayor expansión y tal vez la de mayor eficacia. Este modelo se gestó y desarrolló al margen del modelo médico hegemónico pero, en los últimos años, el aparato médico sanitario

ha impulsado en numerosos contextos la expansión de los grupos de Alcohólicos Anónimos o de variantes de estos.

Acerca de las funciones que cumplen realmente los grupos de Alcohólicos Anónimos, la interrogante acerca de si constituyen una alternativa real o una nueva forma de reproducción del modelo médico hegemónico supone dar alguna información mínima sobre este tipo de organizaciones. Contrariamente a lo que suele suponerse, las estrategias tipo Alcohólicos Anónimos no proceden de la década de 1930, ni sus orígenes deben buscarse solo en EEUU. Durante el siglo XIX se desarrollaron en países europeos y en EEUU los movimientos de temperancia, pero también los movimientos revivalistas, los socialistas utópicos, los cooperativistas y los anarquistas, para una parte de los cuales la “cooperación” y la “autoayuda” constituían alternativas a la explotación capitalista desarrollada en los países donde estos movimientos se constituyeron. Vale aclarar que estas concomitancias se señalan en función de la existencia de ejes ideológicos comunes, pero sin proponer que se dieron relaciones complementarias entre dichos movimientos.

No obstante, necesitamos reconocer que estas organizaciones, como la mayoría de los grupos de autoayuda, presentan en principio formas de organización y acción que potencialmente cuestionan algunas de las características dominantes en las relaciones sociales actuales. Las críticas implícitas en los grupos de Alcohólicos Anónimos al individualismo, la privacidad y el consumismo no constituyen una mera anécdota de una crítica humanista al capitalismo, sino la expresión de organizaciones que colocan la “salvación” en la autoayuda.

Ahora bien, a finales del siglo XIX se crearon en Suiza, Francia e Inglaterra organizaciones que impulsaban la temperancia para combatir dicho problema. Algunas de estas organizaciones clasificaban al alcoholismo como un vicio, pero para una parte del movimiento de temperancia el alcoholismo fue considerado cada vez más como una enfermedad, para la cual no hay tratamiento médico; es decir, una concepción similar a la que luego desarrollaron Alcohólicos Anónimos.

Robinson ha trazado recientemente una síntesis de este proceso para EEUU, señalando que “durante el siglo XVII y gran parte del XVIII se daba por sentado que las personas bebían y se emborrachaban porque querían y no porque tenían que hacerlo... A lo largo del siglo XIX el movimiento anti-alcohólico fue proponiendo que la embriaguez, el exceso de consumo y la borrachera habitual constituían una enfermedad...” (1981, p. 189). Pero durante el último decenio del siglo XIX y primeras décadas del siglo XX, por causas económico-ocupacionales y de control social se dejó de lado la concepción del alcoholismo como enfermedad planteándolo como problema social,

focalizando su origen en el alcohol en sí, lo cual culminó con la aplicación de políticas prohibicionistas, a las que adhirió el movimiento antialcohólico. Pero las consecuencias negativas de estas políticas —en términos de salud, ilegalidad y criminalidad— condujeron a la derogación de la prohibición, lo cual ocasionó en gran medida que se retomara la concepción del alcoholismo como enfermedad, de lo cual fue una expresión la constitución de los grupos de Alcohólicos Anónimos a mediados de 1930:

Muchas de las ideas correspondientes al periodo posterior a la prohibición sobre el carácter progresivo del alcoholismo, la pérdida del control sobre la bebida y la necesidad de abstinencia corresponden en esencia a una de las principales corrientes de pensamiento del siglo XIX, la ideología del movimiento antialcohólico. La diferencia más importante entre la idea de templanza y la nueva concepción como enfermedad estriba en lo que se considera causa de la dependencia. El Movimiento Antialcohólico lo situaba en la propia droga [...] mientras el pensamiento posterior a la prohibición, incluidos los AA, ve la causa de la dependencia al alcohol en el organismo individual... (Robinson, 1981, p. 189)

Robinson analiza cómo el surgimiento del Movimiento Antialcohólico y de Alcohólicos Anónimos (AA) tiene que ver con el desarrollo socioeconómico estadounidense, señalando que, para algunos autores, el desarrollo de Alcohólicos Anónimos era característico de determinado tipo de sociedades como EEUU, concluyendo que ello ocurría en países de hegemonía protestante. Pero ocurre que algunas de las variedades de grupos de “autoayuda” como vimos surgieron en países como Francia, donde además los que lo impulsaron fueron en gran medida médicos propietarios de viñedos que colocaban el eje en la enfermedad y no en el alcohol en sí. A su vez un país católico como México, también desarrolló desde el siglo XIX un movimiento de temperancia colocando la causalidad en el alcohol, pero además fue uno de los primeros países en impulsar los grupos de Alcohólicos Anónimos. Más aun, en muchas comunidades estos grupos funcionan dentro de instituciones católicas y, según nuestros informantes, en algunos estados, los que más han expandido los grupos de Alcohólicos Anónimos son sacerdotes católicos.

Es importante señalar que los grupos de Alcohólicos Anónimos no solo se han desarrollado en sociedades occidentales con mayoría católica o protestante, sino que se han instalado también en grupos indígenas de EEUU como es el caso de los indios salish, así como en grupos nativos de México. Y se han desarrollado formas similares de Alcohólicos Anónimos basadas en la

estructura social y cultural de países como Japón y Hong Kong. Además, este tipo de organizaciones no se limita a los países capitalistas ya sean “metropolitanos” o “dependientes”, sino que variantes de estas organizaciones han tenido notable desarrollo en varios países de “socialismo real”. Así, en la zona de Croacia (ex República Federal de Yugoslavia), se han desarrollado clubes para alcohólicos:

Muchos de estos clubes están ligados a planes específicos de trabajo y su objetivo principal es el de mantener la sobriedad entre sus miembros mediante la ayuda mutua, aunque también tienen un papel preventivo en la comunidad. Una decisión tomada en 1970 por el Parlamento de la República Socialista de Croacia sugirió que con la ayuda de las fuerzas sociales de la comunidad, los miembros del club podrían trabajar en la esfera del control del alcoholismo y en la rehabilitación de los alcohólicos que hubieran recibido tratamiento, ayudando también a conseguirles trabajo. (Moser, 1979, p. 165)

En algunos países, ha sido este tipo de estrategias el aceptado por los trabajadores para enfrentar el problema del alcoholismo dentro de la esfera laboral, debido posiblemente a que constituye una alternativa autónoma respecto de las políticas empresariales antialcohólicas a las cuales se han opuesto, por considerarlas instrumentos de control social. La notable expansión de estos grupos fue reconocida por la más importante organización médica a nivel internacional cuando el Comité de Expertos de la OMS reunido en 1979, concluyó: “A escala global, el servicio más ampliamente disponible de todos probablemente sea el apoyo y orientación que proporciona AA, que actualmente se extiende a 92 países” (OMS, 1980, p. 53).

Como podemos observar, tanto la concepción de Alcohólicos Anónimos de considerar al alcoholismo como una enfermedad no curable, como la autoindependencia respecto de las instituciones médicas, no ha impedido su reconocimiento por los organismos internacionales de salud. Por el contrario, en la actualidad se considera que todo programa médico antialcohólico debe en lo posible incluir a los grupos de autoayuda. Este reconocimiento médico es parte de un reconocimiento social que ve en estos grupos la principal solución. Así, para México, la investigación de Calderón *et al.* (1981) encontró que el 83% de los entrevistados recomendaría Alcohólicos Anónimos a un amigo o pariente con problemas de alcoholismo, mientras que solo un 49% recomendaría a un médico y un 33% a la Iglesia.

Ahora bien, un punto a reflexionar es el de que todos los grupos de autoayuda que se van a constituir sobre todo desde la década de 1940 para

todo tipo de padecimientos adoptaron el modelo gestado respecto del alcoholismo. Es decir, respecto de todo tipo de adicciones, de todo tipo de neurosis, pero también de niños con problemas físicos y mentales y para la diabetes mellitus la forma de organización aplicada es similar a la de Alcohólicos Anónimos, lo cual amerita nuevamente pensar el alcoholismo más allá de sí mismo y más allá de la biomedicina.

La poca eficacia técnica y el creciente desfinanciamiento del aparato médico-sanitario en los países capitalistas dependientes, explicarían parcialmente el reconocimiento dado por el sector salud a este tipo de grupos. Al margen de esta interpretación, deben ponderarse otros dos hechos: primero, que estos grupos de autoayuda son prácticamente los únicos recursos eficaces existentes, sobre todo para determinados sectores sociales y sujetos; y, segundo, que son gratuitos.

Durante las décadas de 1960 y 1970, numerosas investigaciones analizaron el modelo médico hegemónico como un sistema de control y normatividad sociocultural y política, que para funcionar necesita constituir a los sujetos en pacientes, y cuya participación es etiquetada como transgresión, en la medida que no reproduzca el modelo de relación inducido por la biomedicina. Es en la cotidianeidad de la atención de la enfermedad, que la biomedicina aparece centrada en la cura y se oculta como control; es en la necesidad subjetiva y objetiva del tratamiento donde el modelo médico hegemónico medicaliza y normatiza a través de condiciones técnicas de subordinación del paciente.

Recuerdo esto porque la apropiación o intento de apropiación de los grupos de autoayuda por el aparato médico-sanitario es parte de una trayectoria teórica y práctica caracterizada por el pragmatismo biomédico que incorpora diversos tipos de tratamientos considerados “no médicos” en la medida que se subordinen a las orientaciones biomédicas dominantes.

Generalmente no opera en esta “integración” una orientación teórica sino una búsqueda de eficacia y de abaratamiento de los tratamientos que en los resultados halle su validación. Pero lo hace en la medida que los grupos de autoayuda no sean autónomos sino que dependan de manejos biomédicos, lo cual opera como una tendencia de las instituciones biomédicas, que no siempre logra imponerse.

Dicho proceso incluye la construcción de una imaginaria autonomía referida a la participación comunitaria en salud, mientras los procesos de dirección y organización siguen estando en manos de las instituciones biomédicas. Como concluye Castel:

El Estado se ha desposeído de algunas tareas que son igual o mejor asumidas de otro modo y con menos costo, a la vez que refuerza su

monopolio sobre la definición de las grandes opciones imperativas [...] Existe así una relación entre la concentración de nuevas formas de control centralizadas, especialmente a través de los sistemas informáticos, y el desarrollo de sectores en libertad bajo tutela, es decir, invitados a autogestionar las limitaciones que le son impuestas. (Castel, 1984, p. 218)

A nivel del sector salud oficial y de las corporaciones privadas, las decisiones estratégicas son tomadas por un pequeño número de funcionarios, que además impulsan en la comunidad la creatividad, la autonomía resolutive y la intensificación afectiva de las tareas, de tal manera que la autonomía de la sociedad civil quedaría aparentemente preservada (Castel, 1984, p. 218). La cuestión nuevamente vuelve a plantearse en términos de quién hegemoniza el proceso. Considero que, si bien el modelo médico hegemónico evidencia una crisis prolongada, también sigue cumpliendo sus funciones básicas a través de lo asistencial, incluyendo el uso de los grupos de autoayuda. Pero cabe subrayar que los grupos de Alcohólicos Anónimos han mantenido su autonomía, rechazando toda dependencia, y manteniendo los ejes ideológicos y sociales de su constitución.

Concluyendo este capítulo, cabe recordar que las relaciones del modelo médico hegemónico con el alcoholismo anticipan el conjunto de problemas que el saber médico tendrá respecto de la mayoría de las sustancias consideradas adictivas, ya que dicho saber construirá una relación técnica con el consumo de marihuana, peyote, heroína o cocaína, que subordina su saber a la función ideológica y social que cumplen el saber y las instituciones biomédicas. La biomedicina no solo evidencia, al igual que respecto del alcoholismo, graves limitaciones diagnósticas y terapéuticas, sino que sus acciones dependerán de procesos económico-políticos e ideológicos que favorecerán la criminalización de casi toda adicción/adicto y apoyará lo que ulteriormente se llamó “la guerra contra las drogas”.

Estos procesos, y especialmente las relaciones de la biomedicina con instituciones de control respecto de las drogas consideradas adictivas han sido estudiadas especialmente para EEUU, y así, en uno de los mejores textos que conozco al respecto, Grinspoon señala que:

Durante el último cuarto de siglo la Asociación Médica Estadunidense ha mantenido una posición inmutable respecto de la marihuana, vinculada a la postura de la Oficina Federal de Narcóticos. La droga ha quedado rodeada de una atmósfera densa de datos erróneos y mitos aterrizantes. Si se juzga por las declaraciones publicadas por

el Consejo de Salud Mental de la Asociación Médica Estadunidense el cuerpo médico ha sido víctima e instrumento a la vez de este proceso. Ello se refleja en la política editorial del *Journal of the American Medical Association* que, según toda apariencia, se desentiende por falta de base científica y criterio de todo estudio que no demuestre que la marihuana es una amenaza dondequiera que se la encuentra. (Grinspoon, 1973, p. 55-56)

Dicha revista especializada sesga sus dictámenes para la selección de artículos científicos sobre esta droga, de tal manera que ha rechazado la publicación de algunas de las más valiosas investigaciones por considerarlas “favorables a la marihuana”, de tal manera que según Grinspoon: “El meollo del asunto reside en el hecho de que en el curso de 1969 la información sobre el tema de la Cannabis publicada en *JAMA* fue menos útil y fidedigna que la dada a conocer durante el mismo año por la revista *Playboy*” (1973, p. 502-503).

Más allá de la comparación provocadora o simplemente crítica, lo señalado por este autor es correcto respecto del alcoholismo en el caso de los países latinoamericanos, ya que la bibliografía publicada tiende a convalidar —aun criticándolo en algunos aspectos— el dominio de las características y funciones ya analizadas del modelo médico hegemónico.

Capítulo 5

Modelo médico hegemónico y alcoholismo en México: las estrategias del sector salud

*Lo triste de este llanto, amigos,
hecho de vidrio molido y fúnebres gardenias despedazadas en el umbral de las cantinas...
Por la muchacha ebria, amigos míos
Efraín Huerta (1944)*

Hasta 1950, el saber médico mexicano evidenciaba un escaso desarrollo del campo psiquiátrico, y el alcoholismo tendía a ser considerado como un padecimiento ligado a las condiciones nutricionales y de vida de los estratos subalternos, siendo analizado todavía durante las décadas de 1920 y 1930, en términos de la teoría de la degeneración.

Si bien el Estado lo consideraba un grave problema social, vinculado a procesos de explotación y subordinación política e ideológica de las clases subalternas sobre todo en el medio rural, las inversiones y recursos dedicados a esta problemática eran muy escasos pues las prioridades del aparato médicosanitario se organizaban en torno al abatimiento de los padecimientos infectocontagiosos, buscando especialmente disminuir las altas tasas de mortalidad infantil y preescolar.

Las actividades dominantes, desde una perspectiva médica, eran las asistenciales y operaban sobre las consecuencias del consumo de alcohol, más que sobre el alcoholismo. Las políticas del Estado mexicano hacia el consumo de alcohol y la alcoholización se reducen a dos estrategias básicas: el continuo aumento de los impuestos hacia el proceso de producción y comercialización de las bebidas alcohólicas, y el impulso continuo de la producción alcohólica, en particular, de la cervecera como bebida “de moderación”. Además, se aplican otras medidas caracterizadas por su discontinuidad, por ser constantemente violadas o por permanecer en la soledad de los reglamentos; y así, por ejemplo, reiteradamente se proponen medidas de control sanitario y de

restricción de horarios de venta de bebidas alcohólicas que no son aplicadas o son fácilmente transgredidas. Incluso en la década de 1930 se intentó aplicar la “Ley seca” en varios estados, pero sin resultados. Como ya se indicó, se utilizó el sector educativo, sobre todo en el medio rural, aunque con logros reducidos. Es decir, en el discurso salubrista domina la crítica al alcohol, pero en la práctica lo que domina son las políticas económicas que impulsan la producción de alcohol y su consumo.

Por lo tanto, existen muy escasas actividades médicas antialcohólicas entre 1910 y 1940, y la posibilidad de observar, desde la década de 1940, el desempeño biomédico respecto del alcoholismo en México implica recurrir a materiales de muy variado tipo, algunos de los cuales pueden parecer incluso anecdóticos o impresionistas, lo cual es debido a la carencia de materiales específicos. No obstante, a través de diferentes tipos de fuentes —incluidas las entrevistas realizadas por nosotros a diferentes actores sociales relacionados con el alcoholismo— trataré de presentar una trayectoria del saber médico mexicano con relación al tema.

El alcoholismo como enfermedad mental

Durante el lapso 1920-1940, el gobierno mexicano reconoce toda una serie de problemas sociales y “morales” —entre los que está el alcoholismo— dando lugar a la creación de los Centros de Bienestar Social Rural por parte de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), y de los Centros de Mejoramiento Moral, Cívico y Social por parte de la Secretaría de Gobernación. Médicos y psiquiatras plantearon que algunos de esos problemas de “bienestar social” pertenecían al campo de la higiene mental y consideraron necesaria la creación de centros de salud mental, de tal manera que la primera institución de este tipo se creó en 1943, en el estado de Guanajuato.

Pero fue durante la década siguiente cuando comenzaron a desarrollarse una serie de acciones en México preocupadas por la salud mental y por el alcoholismo considerado como problema psiquiátrico. Así, en 1953, se instalaron servicios de higiene mental en cuatro centros de salud en la ciudad de México y en tres de ellos se programaron actividades antialcohólicas. Durante este lapso, en la SSA se crearon el Departamento de Neuropsiquiatría e Higiene Mental y el Departamento de Rehabilitación, y cabe subrayar que este último consideró el alcoholismo como una de las principales causas de invalidez que afectaban a la población mexicana. En 1959, la Dirección de Rehabilitación de la SSA, en el análisis global “Problema del alcoholismo en nuestro medio” señalaba: “hasta el momento ha sido la Secretaría de Salubridad por

intermedio de la asistencia médica la que se ha ocupado de intentar resolver el problema” (1959, p. 160), y destacaba la existencia de dos tipos de actividades: campañas y acciones hospitalarias. Las primeras, dice, “...se han llevado a cabo en centros escolares, centros sociales, centros recreativos, etc. Todas con intención y deseo, más que de ayudar al enfermo alcohólico, de evitar el problema en adolescentes y adultos jóvenes. De dichas campañas tácitamente se ha descartado al adulto” (1959, p. 160-161); agregando que, si bien no existen estadísticas sobre el número de inválidos, “no consideramos que esas campañas hayan logrado la disminución ni el aumento del alcoholismo”. Respecto de las instituciones hospitalarias informa que en todas ellas atienden casos agudos: “En la mayor parte de ellas se trabaja sobre el aspecto físico y los problemas somáticos que el caso en cuestión requiere, en casi ninguna de ellas se maneja el problema a fondo; su actuación se reduce al tratamiento sintomático...” (1959, p. 161).

Fue en función de este análisis que propuso la creación urgente de un centro de rehabilitación de alcohólicos con una sección médica, otra psicológica y una última de readiestramiento manual, “pues el problema alcohólico pesa como una lacra a la familia, la industria, las fábricas, oficinas, talleres, etc., de nuestro país” (1959, p. 162). Ese mismo año se creó el Centro para la Rehabilitación de Alcohólicos (CEPRA), con objetivos asistenciales y comunitarios.

En 1959 se constituyó también la Dirección General de Neurología, Psiquiatría y Salud Mental que, específicamente, colocó el eje de sus acciones en la rehabilitación médica y no “en las conferencias sobre higiene mental”. Esta Dirección se fusionó en 1960 con la de Rehabilitación y se creó la Dirección General de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación. Entre 1960 y 1964, se instalaron ocho hospitales granjas para enfermos mentales, seis dependientes de la SSA y los dos restantes del sector salud de dos estados. A su vez en 1964 se inauguró el Instituto Nacional para las Enfermedades Nerviosas y la Investigación Cerebral, que se dedica a investigar la causalidad orgánica de las enfermedades.

En sucesivas revisiones de la problemática asistencial de los alcohólicos la Dirección General de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación informó que se incrementó el número de pacientes en los dos *[sic]* centros de atención a alcohólicos. En uno de ellos, el CEPRA, se aplicaron al tratamiento de los alcohólicos terapia ocupacional, terapia de grupos y terapias familiares (SSA, 1964b, p. 1191). En 1965, esta Dirección concluyó que “en cuanto al problema de los alcohólicos y de los deficientes mentales, la Dirección ha continuado sosteniendo a los centros que tiene para este fin, haciendo notar la insuficiencia de los mismos y la necesidad de impulsarlos” (SSA, 1965, p. 960). Lo

habitual fue que este problema fuera atendido en la consulta psiquiátrica general, aunque ocasionalmente se atendía en la consulta médica general, y solo referido a trastornos físicos, pero en todos los casos se subraya la carencia de recursos (Calderón & Cabildo, 1967).

En 1965 se dividió la Dirección General de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación en dos direcciones, la Dirección de Salud Mental y la Dirección de Rehabilitación; la primera se ocupó de la asistencia a la enfermedad mental, incluidos los alcohólicos. Ese mismo año se cerró el Manicomio General (La Castañeda) y se propuso un plan de creación de hospitales que no fueran solo “museos vivos de la locura”. Esto dio lugar a la creación del Hospital de Enfermedades Mentales Agudas Fray Bernardino Álvarez (1967), del Hospital Psiquiátrico Infantil y de once hospitales granjas. En 1972, el Psiquiátrico Infantil se amplió con un pabellón para adolescentes, y en 1973 se inició la construcción del hospital psiquiátrico de Monterrey y se proyectaron otros dos para Chiapas y Durango.

Esta estrategia que pensó la asistencia hospitalaria en términos ambulatorios para los pacientes “recuperables” y la internación en las granjas para los enfermos “crónicos”, se montó en gran medida gracias a la aplicación de toda una serie de psicofármacos que permitían un mayor control (incluso auto-control) y mantenimiento de determinados cuadros psiquiátricos a partir de mediados de la década de 1950. Pero en el caso del alcoholismo, el fármaco desarrollado fue el disulfiram, vendido con el nombre de antabuse® en las farmacias, que no permitió dicho control; peor aún, su utilización indiscriminada lo convirtió rápidamente en un “medicamento popular”, cuyas consecuencias negativas, tanto biológicas como sociales, implicaron su paulatino abandono.

Este proceso de expansión asistencial iba a tener graves problemas de continuidad, dada la reiterada reducción de los recursos económicos y el incremento de la demanda, por lo menos al principio de la gestión de estas instituciones. Por eso, según Pucheu, este periodo de auge:

...fue seguido de un largo periodo en el que se limitó considerablemente la canalización de recursos para la psiquiatría y la salud mental, lo cual impidió que se desarrollara la asistencia al enfermo mental a nivel de consulta externa en servicios de psiquiatría anexos a los centros de salud y hospitales generales. [y agrega] La falta de recursos financieros generó gradualmente fallas de mantenimiento, un deterioro marcado de las instalaciones, mala alimentación en cantidad y calidad, vestuario pobre y personal técnico y administrativo insuficiente [...] A tal grado llegaron las restricciones presupuestales,

que la única salida aparentemente lógica consistió en cerrar pabellones completos para la hospitalización. (Pucheu, 1982, p. 145)

Si bien el núcleo de la crisis fue económico, otros factores incidirían en la misma, entre los que podemos citar la existencia de diferentes orientaciones en las políticas de salud mental, la escasez de recursos materiales y humanos, y la relativa ineficacia de los servicios de salud sobre todo en lo concerniente a alcoholismo.

Respecto de los planteos asistenciales-comunitarios, se constituyeron dos tendencias; una que podemos denominar como “antiasilar”, y otra que trata de recuperar la “tradicción médica hospitalaria”. Desde esta última perspectiva, en 1974, el entonces director de Salud Mental señalaba la necesidad de volver al modelo médico, declarando que había dos principales corrientes de cuestionamiento a la psiquiatría: en primer lugar, la antipsiquiátrica que ataca el “mito de la enfermedad mental” construido por los médicos y, la segunda, el conductismo, que critica el modelo de atención y, en particular, a la práctica clínica.

Y respecto de las críticas de estas corrientes, Velazco Fernández reconoce que “En México hasta hace pocos años se abordaban los problemas relacionados con los padecimientos psiquiátricos utilizando un criterio fundamentalmente asistencial” (1974, p. 798); pero que desde 1968 se inició un esfuerzo sistematizado impulsando la salud comunitaria, los talleres protegidos, la rehabilitación. Así como también se generó la reestructuración asistencial que benefició la atención, especialmente en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, y permitió elevar los niveles de enseñanza e impulsar la investigación clínica. Aún cuando reconoce que este proceso no ocurrió con los hospitales granjas, ya que según Velazco Fernández:

Otro es el caso de los hospitales campestres que desde su fundación padecieron la ocupación de sus camas por un elevado porcentaje de enfermos incurables, los más de ellos abandonados por sus familiares. Se antoja que hubiera sido mejor construir para ellos lugares de custodia, dejando los nuevos hospitales para la atención de los pacientes recuperables que necesitan hospitalización por tiempo no mayor de un año. Además, las granjas no han cumplido la función que se les asignó; al contrario, han constituido una carga administrativa considerable y onerosa. Por otra parte, la reaparición de los mismos males que afligieron al viejo manicomio, como son la incapacidad económica para mejorar los servicios y la escasez de personal, amenazan con convertir a los hospitales granjas en nuevas

“Castañedas”. [...] la situación precaria por la que pasan nuestros hospitales campestres [...] tiene además otras raíces. Al no existir lugares de custodia para los enfermos crónicos, éstos son llevados por sus familiares o son enviados por las propias instituciones oficiales a los hospitales, contribuyendo de este modo a su conversión en albergues [...] Para decirlo en pocas palabras: los hospitales granjas son cada vez más pobres y cada vez más albergues. (1974, p. 799)

En este análisis, Velazco Fernández trata de recuperar la especificidad psiquiátrica, sobre todo a nivel asistencial; y si bien reconoce graves déficit en su trayectoria, no obstante respecto de las críticas antiasilares señala la incongruencia de cuestionar un tipo de institución que, sin embargo, es necesaria para determinados tipos de pacientes como los esquizofrénicos, los deprimidos graves, los alcohólicos crónicos, los ancianos con problemas cerebrales orgánicos: “Una cosa es admitir plenamente que el hospital psiquiátrico debe cambiar y otra muy distinta que debe desaparecer [...] No hay oposición entre prevenir y curar” (1974, p. 800). Propone crear nuevos hospitales, así como elevar el número de camas psiquiátricas en unidades de salud comunitaria, “pero es indispensable jerarquizar adecuadamente los objetivos que los centros deben seguir. Dada la carencia de recursos especializados en promoción comunitaria [...] los centros darán preferencia a las siguientes tareas en orden decreciente de importancia: detección de casos iniciales, control de pacientes egresados de los hospitales y promoción de la salud mental de la colectividad” (1974, p. 801).

Esta concepción nucleada en lo asistencial quedaría expresada más adelante en la propuesta de 1986 de crear un programa de acción contra el alcoholismo y el abuso de alcohol. Estas propuestas deben ser ubicadas en un triple juego de referencias que operaban en ese momento y que continuarían, con algunas modificaciones, en la segunda mitad de la década de 1970 y primeros años de la de 1980. El primero está referido a las tendencias internacionales en asistencia psiquiátrica generadas desde principios de 1940 a través de experiencias institucionales francesas, inglesas, italianas y estadounidenses, que adquirieron un tono fuertemente crítico durante la década de 1960 por vía del psicoanálisis institucional y de la antipsiquiatría, y por teorías antropológicas y sociológicas que cuestionaban el papel médico en la construcción social de la enfermedad, de la desviación y, en particular, en la construcción social e ideológica de los padecimientos mentales. Estas tendencias, o por lo menos algunas de ellas, encontraron en el manejo de la enfermedad mental por el aparato psiquiátrico un paradigma de los mecanismos que las clases dominantes construyeron para controlar a las clases subalternas.

Este proceso adquirió notoria virulencia en países con continuo y significativo desarrollo de los recursos psiquiátrico-psicológicos como EEUU, Gran Bretaña y Argentina o en países donde estas corrientes apoyaban una radicalización política ligada incluso a movimientos de masas, como Francia e Italia (Menéndez, 1979).

El segundo es un juego de fuerzas opuestas, aunque complementarias, que expresaba una antigua historia donde la primera se orientaba hacia lo clínico biologicista y la segunda hacia lo comunitario y medio ambiental, continuando la separación que durante el siglo XIX se dio especialmente dentro de la medicina francesa entre neurología e higiene mental. Y el último juego refiere a las condiciones particulares que estas tendencias adquieren en cada país y que se relacionan no solo con las condiciones técnico-profesionales sino con las económico-políticas e ideológicas y culturales locales.

En muchos países de América Latina se dio un proceso similar de crítica a la psiquiatría, que cuestiona Velazco Fernández, y que en cierta medida recuerda el título de una obra teatral de Pirandello: *Esta noche se improvisa*; y algunos de los protagonistas de estas experiencias durante las décadas de 1960 y de 1970 estaban conformes y conscientes de que estaban improvisando. El problema a nuestro juicio no residía en la improvisación, sino en la irresponsabilidad política de la utilización de la improvisación. Aquí no vamos a volver a revisar las consignas de “la locura al poder” o “el poder a la locura”, que se agotaron una vez agotada la cuasifiesta de los “nuevos veinte”. Nos estamos refiriendo a los que planteaban el mito de la enfermedad mental, pero no sabían generar una alternativa práctica al sufrimiento más allá de que fuera o no padecimiento mental; a los que proponían un interés social e incluso político pero no se les ocurría, en el caso del alcoholismo, articularlo con la mortalidad por cirrosis hepática o por accidentes; a los que pretendían la inexistencia de enfermedad mental en los grupos étnicos de Latinoamérica y que, si bien apelaban a la violencia estructural ejercida históricamente sobre ellos, negaban sus consecuencias en la salud mental de dichos grupos, muchas veces resueltas a través de diagnósticos de brujería, de “susto” o de ambos.

Incluso muchos compañeros se planteaban una antipolítica de la salud, pero no solo no tenían mucha idea del perfil epidemiológico dominante en salud mental, sino —lo que a nuestro juicio es mucho más decisivo— ignoraban los procesos constitutivos del perfil epidemiológico general. Cuestionaban el “aparato psiquiátrico” y el biopoder psiquiátrico en un país como México, donde el número de psiquiatras era, para 1976, de 1 psiquiatra por 100.000 habitantes y, para 1984, de 1,5 psiquiatras por 100.000 habitantes (De la Fuente, 1973). Y donde la relación cama psiquiátrica por habitante era una de las más bajas de los países de mayor desarrollo de América Latina y,

además, las principales instituciones de seguridad social no tenían camas de hospitalización para alcohólicos, o debían subrogarlas en hospitales privados como La Floresta y Lavista o en instituciones oficiales como el hospital Fray Bernardino Álvarez.

La miseria social y la miseria psicológica adquieren en nuestros países un carácter antipsiquiátrico “en sí”. Los países con reales sistemas de bienestar social no solo se pudieron plantear ideológica y técnicamente la “antipsiquiatría”, sino que en algunos casos fue incorporada al sistema de los “territorios controlados” (caso italiano) o en las comunidades “paralelas” (Dinamarca). Pero en nuestros países la locura —y cuando escribo locura me estoy refiriendo a la psicosis— siempre ha andado por algunas calles y no tuvo que esperar a Basaglia para ser “liberada” de las instituciones asilares, simplemente porque siempre fue mínima la capacidad de internación de la “locura”, y porque los locos siempre se pudieron “escapar” de las instituciones “totales” y del supuesto biopoder que las caracteriza (Menéndez, 1979).

Pero una cosa es reconocer la falacia implícita en muchos deseos y propuestas de algunas de estas tendencias, por lo menos en el caso de nuestros países, y otra aceptar la hegemonía de lo asistencial y especialmente de lo asilar, sobre todo si lo referimos al proceso de alcoholización y al alcoholismo. En los diferentes contextos de los que tenemos información, los principales problemas no son generados por los “alcohólicos en estado de psicosis”, sino por los denominados “bebedores problema”, que son la masa crítica de la población de alcoholizados. Y esto, por supuesto, más allá de que sepamos con precisión qué y quiénes son los “alcohólicos problema”.

Seguir discutiendo si alguien padece realmente alcoholismo, sin tomar en cuenta que son los denominados bebedores problema las personas que tienen que ver con la mortalidad por cirrosis hepática, por accidentes viales, por homicidio, es convertir el problema en una disputa terminológica sin destino. Sostener la prioridad asistencial no incorporando de manera intrínseca la debilidad de la formación médica, la existencia del “rechazo médico”, la baja eficacia de los servicios, las limitaciones reconocidas de la mayoría de las técnicas médicas específicas, resulta irresponsable, sobre todo en el caso de México.

Y señalo estos procesos porque fue en la década de 1950 que en México se gestó una tendencia asistencial, que se convertiría en dominante respecto de la enfermedad mental durante las décadas de 1960 y 1970. Inclusive las propuestas de Erich Fromm iban a impulsar la preocupación sobre el alcoholismo por parte de algunas tendencias psicoanalíticas que además se incluyeron en proyectos comunitarios de salud mental, y que implicaron la formación de recursos humanos en términos de participación social, como

fueron la primera etapa del programa A.36 de la UNAM y la experiencia salubrista en Ciudad Nezahualcóyotl (México).

Es también a partir de la década de 1950 que, como vimos, surgen las primeras experiencias alternativas de autoayuda, ya que en 1954 se crea la Asociación Mexicana de Alcohólicos en Rehabilitación (AMAR), en 1956 se crea Alcohólicos Anónimos y, en 1965, ALANON. La expansión de estos grupos fue inicialmente lenta ya que, en 1966, luego de cerca de diez años de funcionamiento, solamente había en México seis grupos de AMAR y 45 grupos de Alcohólicos Anónimos, lo cual contrasta con el incremento generado a partir de la década de 1970. Consideramos que, aunque sea parcialmente, la tendencia de este proceso se debe a la actitud médica respecto de los grupos de autoayuda. Si bien ya en la década de 1950, grupos de Alcohólicos Anónimos funcionaban en centros de salud de la SSA, dicho recurso aparecía señalado por algunos especialistas como incompatible con el saber médico.

Las estimaciones negativas hacia Alcohólicos Anónimos provenían básicamente de la práctica clínica ya que, tempranamente, organismos de salud pública como la Dirección General de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación, reconocen expresamente su importancia y dan constancia de que dicha Dirección General “ha ayudado a las asociaciones privadas de ex alcohólicos como una manera de atender el problema desde otro ángulo” (SSA, 1964a, p. 141), refiriéndose sobre todo a AMAR, con la que la mencionada Dirección General tuvo relaciones desde los inicios de la asociación.

No obstante, operaba una reiterada situación en la cual coexistían puntos de vista similares y opuestos entre el sector social y estos grupos de autoayuda, ya que para estos grupos todo alcohólico es un enfermo de alcoholismo, y esta condición de enfermo es considerada permanente, lo que supone una atención personal y colectiva de por vida, así como una abstinencia absoluta ya que es lo único que controla al alcohólico. Lo cual era aceptado por el Director de Neurología, Psiquiatría y Salud Mental, quien concluía en 1959:

Sin embargo, no imputemos al alcohol la culpa de hacer alcohólicos. La tarea contra el alcoholismo consistirá en enseñar a la humanidad cómo usarlo inteligentemente evitando su abuso, pero solo la abstinencia absoluta de los que han sufrido esta desgracia puede librarles de recaídas y es necesario que ellos lo entiendan así, por eso estamos ahora con los devotos miembros de esta Asociación Mexicana de Alcohólicos en Rehabilitación cuyo sufrimiento se transforma en entusiasmo salvador. Nos congratulamos de estar con los miembros de esta asociación año con año. (Velazco Suárez, 1959, p. 171)

Y agregaba: “El alcohólico tiene un condicionamiento metabólico, neuroendocrino, que le hace susceptible al alcohol; a esto hay que agregar la importancia del desajuste psicológico siempre presente, para atender mejor a este enfermo” (Velazco Suárez, 1959, p. 172).

Las dos instituciones de autoayuda vieron, en la creciente oferta de bebidas alcohólicas y en su publicidad, factores que incrementarían el consumo de alcohol, creando sujetos alcohólicos, lo que implicaba de forma tácita o explícita la necesidad de prohibición del consumo de alcohol. Pero el sector salud mexicano no consideró pertinente las políticas de prohibición del consumo de alcohol, dadas las consecuencias que podría acarrear. Esta diferenciación se hizo más evidente a medida que Alcohólicos Anónimos se convirtiera en la principal institución de derivación del sector salud, sin por ello generar conflictos entre ambas instituciones.

Nuevamente el pragmatismo caracterizó las relaciones del sector salud con el proceso de alcoholización. Así fueron asumidas las convergencias con los grupos de Alcohólicos Anónimos y se tornaron secundarias las diferencias, para delegar en este último la atención primaria del problema. Este proceso se inició en la SSA, es decir, con “población abierta”, y solo desde la década de 1970 se fueron incluyendo las instituciones de seguridad social como el IMSS y el ISSSTE, lo cual fue favorecido además por el surgimiento en la década de 1970 del grupo Alcohólicos Anónimos 24 Horas, cuyas exigencias respecto de la abstinencia absoluta eran permisivas comparadas con las de los Alcohólicos Anónimos.

De lo descrito surge que, durante las décadas de 1950 y 1960, se desarrollaron las primeras experiencias sistemáticas de atención al alcoholismo definido como enfermedad mental, así como la institucionalización de las organizaciones alternativas de autoayuda. Las primeras evidenciaron limitaciones constantes de recursos, y una distorsión en los objetivos, que provocaron una crítica recurrente desde perspectivas antiasilares.

Durante la década de 1970, se propició, sobre todo a nivel de discurso, el desarrollo de acciones comunitarias; y así en 1971 se creó el Consejo Nacional de Problemas en Farmacodependencia, que contó inicialmente con recursos que permitieron la expansión de las actividades comunitarias a nivel nacional. Pero debe subrayarse que, si bien este proceso propuso nuevas estrategias terapéuticas referidas al alcoholismo, sin embargo, las mismas tuvieron muy escaso desarrollo dado que los recursos derivados hacia la lucha contra el alcoholismo fueron mínimos, pues se concentraron en las otras “adicciones”.

Ahora bien, la expansión comunitaria, aliada o no a las tendencias antipsiquiátricas, implicaba la necesidad de incorporar las dimensiones sociales, ideológicas y económico-políticas, que generalmente no manejan técnicamente

los psiquiatras ni los psicólogos. Sobre todo, algunas tendencias psico y socioterapéuticas colocaron estas dimensiones en el centro de sus actividades comunitarias, pero sin un mayor saber teórico y práctico. No obstante, la asunción de estas dimensiones, así como los otros procesos descritos, iba a cuestionar la autoimagen profesional de los especialistas en salud mental, en una etapa muy particular de su institucionalización en México.

El desarrollo de estos proyectos comunitarios psiquiátricos o antipsiquiátricos en la década de 1970 debe ser relacionado con las tendencias participacionistas desarrolladas en México desde la década de 1920, y con las tendencias internacionales en atención primaria que culminaron en la Conferencia de Alma Ata de 1978 organizada por la OMS. En el caso de México, durante la década de 1970 se dió un notable desarrollo de experiencias comunitarias, no solo en salud mental, sino sobre todo en el campo de la salud general, impulsadas tanto por el Estado como por la sociedad civil. Debe subrayarse que el Estado (SSA) y las instituciones académicas (Universidad Nacional Autónoma de México, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, Universidad Iberoamericana) impulsaron proyectos comunitarios, o por lo menos grupales; y que a su vez grupos privados y sobre todo Organizaciones no Gubernamentales (ONG), por medio de fondos locales y crecientemente extranjeros, dieron lugar a una verdadera proliferación de experiencias comunitarias en salud del más diverso signo ideológico y teórico, y que lograrían su mayor expansión en la década de 1980¹.

Así, las “ciudades perdidas”, los “tugurianos”, los “marginales urbanos”, los “marginales rurales”, los grupos indígenas, trataron de ser organizados vertical u horizontalmente para dar solución a los principales problemas de salud. La palabra “autogestión” y, en menor medida, la de “autoayuda” se fueron convirtiendo en términos difusos que pretendían dar cuenta de la recuperación de los procesos de salud populares, entre los cuales estaba el “saber médico tradicional”².

¹Buentello revisa la existencia de problemas de salud mental tanto en el medio urbano como en el rural mexicano; en el primer caso plantea en particular el problema de la agresividad, y en el segundo enumera toda una serie de conflictos; ponderando en ambos casos el papel básico de los factores sociales y culturales. Formula planes de trabajo y concluye que la propuesta “... quedaría trunca sin la creación de centros de salud mental, aliado de los núcleos de tendencias bio-psico-sociales constituidos por organizaciones sanitarias, políticas y pedagógicas” (1959, p. 151).

²En este trabajo no analizaré este proceso común a varios países del Tercer Mundo, y que tiene una especial complejidad; pero sí aclaramos que el mismo no puede ser reducido a una “industria de la salud” paralela, tampoco a la creciente emergencia de personal de salud —y especialmente médicos— desocupado, ni a la necesidad de abatimiento de los padecimientos. Tampoco puede ser planteado en términos de una profesionalización de la pobreza, o como un proceso de cooptación económica e ideológica de recursos humanos por fondos interna-

En este múltiple juego de fuerzas y de tendencias, en el que las opciones nacional-internacional, público-privado, científico-alternativo o paralelo, se interrelacionan, a veces paradójicamente, es donde debemos analizar el proceso específico referido a enfermedad mental, a cirrosis hepática y sobre todo a alcoholismo. De la información con que contamos, producto de alrededor de diez años de búsqueda intencional y aleatoria de este tipo de experiencias, podemos concluir que, tanto en las experiencias estatales como en las alternativas, el alcoholismo no aparece tratado realmente como problema prioritario. Puede aparecer en el discurso oficial o alternativo, pero no en las prácticas sociales. Más aún, podemos concluir que, salvo el caso de Alcohólicos Anónimos y de unas pocas experiencias comunitarias, ni las expresiones alternativas ni las oficiales han tomado en cuenta este problema. La preocupación por las “otras adicciones” fue el foco de interés que dio lugar incluso a la creación de los Centros de Integración Juvenil, en los que el alcoholismo fue excluido tácitamente.

El alcoholismo como morbimortalidad

En 1958, Cabildo realizó la primera encuesta epidemiológica sobre alcoholismo, seguida en la década de 1960 por otras investigaciones de este tipo (SSA, 1960; Maccoby, 1965; Cabildo *et al.*, 1967; De la Loza *et al.*, 1968; Ayuso *et al.*, 1968; Cabildo *et al.*, 1969), lo cual supone el desarrollo de una preocupación por detectar la problemática del alcoholismo y precisarla. Sin embargo, los datos hallados en dichas investigaciones no condujeron a establecer actividades específicas. Estos materiales epidemiológicos sobre alcoholismo, junto con la investigación clínica sobre cirrosis hepática realizadas por especialistas como Flores Espinosa (1965), Sepúlveda (1952, 1956, 1969) o Guevara (1974), así como con el aporte integral de Puffer y Griffith (1968), volverían a establecer sobre bases científicas que la alcoholización como padecimiento físico o mental constituye un importante problema de salud pública.

Determinados procesos técnicos y académicos tienen a veces consecuencias negativas sobre la visión leiga, pero sobre todo profesional de los problemas. Así, el desarrollo de la nosología y clasificación médica de enfermedades condujo a transformar determinadas entidades nosológicas y a desaparecer otras, o por lo menos, reducir notablemente la presencia de ciertos

cionales. Considero que todos estos procesos, al igual que las necesidades objetivas de salud populares, y la orientación correcta de muchos profesionales, juegan papeles que ameritarían una lectura especial de este complejo proceso.

padecimientos en las estadísticas vitales. Dos de los casos más relevantes son los de las entidades médicas denominadas desnutrición y alcoholismo, que se fueron disolviendo a través de otras entidades más específicas.

En el caso del alcoholismo en México, si analizamos la información existente desde finales del Porfiriato (1890-1910), podemos observar que durante un determinado lapso se habla de mortalidad por alcoholismo y los porcentajes y tasas están referidos a dicha entidad nosológica. El alcoholismo social y el “psiquiátrico” no aparecen escindidos como problemática, ni tampoco de otros padecimientos como la tuberculosis broncopulmonar, la desnutrición o las enfermedades del hígado; por el contrario, aparecen analizados conjuntamente. Si bien esta concepción globalizadora era en gran medida producto de la influencia de corrientes internas de la escuela médica francesa, que se expresaban en el estereotipo que Flaubert recogió en su *Dictionnaire des idées reçues*; es decir, considerar al “Alcoholismo como causa de todas las enfermedades modernas”. No por eso se debe menospreciar dicha articulación de enfermedades en torno a la alcoholización, en la medida que la misma expresaba más que ningún otro indicador, el complejo de padecimientos que se organizaban en torno a la pobreza. Complejo que, recordemos, aún en la década de 1950, Alfred Sauvy seguía planteando como característico de los estratos sociales bajos franceses.

Esta percepción del problema tendría una continuidad oscilante, que se mantuvo vigente en una parte del sector médico y del socioantropológico durante las décadas de 1930 y 1940, para luego ir declinando hasta prácticamente desaparecer. Más aún, el alcoholismo como categoría nosológica evidenció su constante incidencia en la mortalidad general por lo menos hasta la década de 1940. Así, las estadísticas oficiales reconocen para México tasas de mortalidad por alcoholismo de 207 por 100.000 habitantes para 1903, de 98 por 100.000 para 1922, de 58 por 100.000 para 1930, y de 61 por 100.000 para 1937. La categoría utilizada por la Dirección de Estadística era la de alcoholismo crónico o agudo, que incluía cirrosis hepática, coletitis y colecistitis; y todavía a principios de la década de 1940 se seguía hablando de mortalidad por alcoholismo, que incluía toda una variedad de padecimientos. “Si tratamos de analizar las defunciones ocurridas en el periodo de 1922 a 1937 con objeto de conocer la posibilidad de disminuir la mortalidad en la República Mexicana veríamos lo siguiente [...] se registran alrededor de 1.500 defunciones anuales por alcoholismo” (Ramos Galván, 1944, p. 16).

En esos años la relación desnutrición-alcoholismo apareció planteada como un grave problema, pero sin que se generaran medidas específicas por parte del sector salud, como señalaba quien era tal vez el mayor experto en nutrición en esos años: “No se justifica la falta de medidas efectivas y

radicales para acabar con el alcoholismo; más aún si tenemos en cuenta que las industrias vinícolas distan mucho de representar un capítulo importante de las exportaciones del país” (Ramos Galván, 1944, p. 56). Estas conclusiones no solo deben ser referidas a este lapso, dado que siguen vigentes hasta la actualidad; el único cambio relevante es que ahora se exportan más bebidas alcohólicas.

Algunos especialistas mexicanos en las décadas siguientes siguieron planteando la existencia de un complejo patológico de la pobreza, en el cual el alcoholismo es uno de los padecimientos constitutivos. Debe señalarse que éstos son profesionales que atienden en instituciones médicas oficiales, donde la mayor parte de los pacientes pertenece a los estratos sociales bajos. De su experiencia en el Hospital General, Flores Espinosa sigue considerando a la cirrosis hepática como una enfermedad social; según él: “...la cirrosis es una enfermedad, en su forma clásica, de tipo social, dado que afecta precisamente a los miserables e indigentes, que forman la capa más baja de la sociedad” (1965, p.25). A partir de 110 casos de cirróticos describe sus caracteres sociales y culturales y pondera que solo un 8% puede calificarse de bebedores compulsivos, considerando que son los factores sociales y no los psicológicos los determinantes del problema: “Parece esto indicar que la cirrosis entre los mexicanos ataca a aquellos cuyas condiciones de vida los colocan en el último escalón social y que por ello están expuestos a contraer no solo la cirrosis, sino toda una serie de enfermedades graves y frecuentemente mortales” (1965, p. 574).

Celis y Nava (1970), trabajando con una población similar, llegaron en 1970 a conclusiones semejantes, aunque más generales. Su objetivo fue establecer la situación de salud de la población que vive en la pobreza, a partir de los pacientes que acuden a los diferentes servicios del Hospital General. En esta investigación colaboraron distinguidos especialistas mexicanos, entre ellos el citado Flores Espinosa. La población estudiada tenía las siguientes características socioeconómicas y culturales: periodos frecuentes de desocupación, salarios bajos o ínfimos, casi la mitad es analfabeta o con escolaridad mínima, y alto porcentaje de hijos menores de edad. Dado el tipo de ocupación, no tenían protección de organismos de seguridad social ni recursos para utilizar la medicina privada. Los padecimientos más frecuentes en esta población fueron: enfermedades pulmonares agudas, neumonía, bronconeumonía, absceso pulmonar, tuberculosis broncopulmonar, cirrosis hepática frecuentemente complicada con tuberculosis, amibiasis, absceso hepático amibiano, desnutrición en adultos, polineuritis alcohólica, cardiopatía reumática, dermatosis bacteriana, micosis profunda, úlceras extensas e incapacitantes de las piernas, cisticercosis cerebral, cáncer de pene, fístula vésico-vaginal post partum, cáncer prostático avanzado, distocia de contracción-aborto

provocado o espontáneo infectado, partos prematuros, prolapsos y desgarro genital, cáncer cérvico-uterino.

Los autores concluyen que la patología de la pobreza se caracteriza por una baja perspectiva de vida, alta frecuencia de padecimientos infectocontagiosos, nutricionales, alcohólicos y alcohólico-nutricionales. También se caracteriza por una alta incidencia de patología genital, ginecológica y obstétrica; acumulación en el mismo individuo de varias enfermedades avanzadas irreversibles o difícilmente recuperables y cifras mínimas de patología degenerativa y de muerte por senilidad. La escala de frecuencia de las causas de muerte es la siguiente: cáncer, cirrosis hepática, tuberculosis, amibiasis, fiebre reumática, arterioesclerosis, muerte obstétrica, hemorragia cerebral y diabetes. La cirrosis hepática es la tercera causa de muerte en el lapso 1917-1941, constituyendo el 6,1% del total de muertes, mientras entre 1953 y 1967 es la primera causa de defunción conformando el 12,2% de todas las muertes.

Para Celis y Navas, la pobreza genera en las personas frustración, irritación, miedo, reacciones violentas y alcoholismo que, sumados a la desnutrición, explican el alto índice de cirrosis, de absceso hepático amibiano, de polineuritis alcohólica y de patología psiquiátrica. Si bien se seguía reconociendo la relación alcoholismo-pobreza-desnutrición-mortalidad temprana, desde la década de 1970 en adelante los especialistas en cirrosis no generaron investigaciones al respecto y menos aún los preocupados por el alcoholismo en términos clínicos o epidemiológicos.

Estudios del Instituto Nacional de la Nutrición realizados en la década de 1960 encontraron que las áreas de mayor mortalidad por cirrosis hepática eran el Altiplano Central y Yucatán, es decir, dos zonas con alto consumo de bebidas alcohólicas y con problemas nutricionales. Sin embargo, ni el Instituto Nacional de la Nutrición, ni la Escuela de Salud Pública, ni la Dirección de Epidemiología, ni otras instituciones donde es tomada en cuenta la dimensión epidemiológica, realizaron investigaciones en las cuales se estudiara o, por lo menos, se construyera información sobre el complejo señalado³.

El reconocimiento de la relación alcoholización-nutrición —en términos de alcoholismo o cirrosis hepática— siguió siendo señalada y discutida, pero reduciendo su importancia problemática. Según Kershenobich, “no se ha comprobado que la desnutrición produce cirrosis hepática en forma directa, pero es cierto que produce una serie de alteraciones sistemáticas que pudieran hacer al individuo más susceptible a otros factores etiológicos” (Kershenobich

³Según nuestros datos, entre 1958 y 1980 el Instituto Nacional de la Nutrición no desarrolló investigaciones epidemiológicas sobre esta situación, salvo unos pocos estudios de epidemiología hospitalaria.

citado por Dajer *et al.*, 1978, p. 14), lo cual es refrendado por este y otros especialistas en entrevistas que realizamos a principios de la década de 1980. A su vez, para Wolpert, la desnutrición sigue siendo importante en el curso de la cirrosis: “Estoy convencido que la cirrosis [...] se comporta de manera distinta en un sujeto bien nutrido que en los enfermos que muchas veces llegan al hospital con un grado importante de desnutrición” (Guevara, 1974, p. 14). Dichas consideraciones son escritas desde la perspectiva de la cirrosis hepática, mientras que Velazco Fernández concluye lo siguiente desde la perspectiva del alcoholismo:

En cuanto a la relación que puede guardar el estado nutricional con el desarrollo del alcoholismo, cabe señalar que con base en estudios se ha demostrado que no existe relación directa pero que, sin embargo, es sabido que mientras menor sea el estado nutricional, mayor es la labilidad para lesiones orgánicas, de manera que el sujeto tiene menos capacidad para resistir la acción nociva del alcohol. (1976, p. 14)

Estas y otras interpretaciones surgidas en la década de 1970 son muy instructivas, dado que se reconoce que la cirrosis hepática incide en la mortalidad en edades productivas, así como en la reducción de la productividad y en el ausentismo laboral. Inclusive se la discute en términos de dependencia psicológica, de carencias enzimáticas, y hay referencias constantes al estado nutricional, pero la desnutrición-alcoholismo ya no aparece analizada en términos del complejo de la pobreza, y menos en relación con la industria alcoholera.

Esta nueva actitud no solo opaca las causales de tipo económico-políticas, sino que se genera dentro de un proceso que estaba siendo afectado por las nuevas condiciones de producción y disponibilidad de alcohol y de alimentos básicos. La concepción que venía desarrollándose en las décadas de 1920, 1930 y 1940 había culminado, en cierta medida, en 1951 con la publicación de un documento de la Secretaría de Trabajo y Previsión Social, según el cual el mayor nivel de ingresos económicos del campesino se manifiesta en la disminución del uso de bebidas embriagantes y también de carbohidratos, así como en el incremento del consumo de alimentos protectores de la salud. Estas conclusiones coinciden con las del equipo que analizó para la Organización Internacional del Trabajo las condiciones de vida y de trabajo de la población indígena de América Latina (1949), según las cuales “Se ha comprobado que existe entre los indígenas y campesinos en general una marcada relación entre el régimen alimenticio y la práctica del vicio alcohólico. A una aceptable alimentación corresponderá generalmente un menor apego al alcohol” (Organización Internacional del Trabajo, 1949, p. 26).

Coherentemente con esta propuesta, en México se había dado un notable impulso a la producción de alimentos básicos generados en el medio rural: “De 1940 a 1967, alrededor de 27 años, la producción de alimentos aumentó en gran medida. La población se duplicó, pero la producción de alimentos se triplicó” (Chávez, 1981, p. 97), agregando que, en 1967, la producción de alimentos alcanzó su nivel máximo, pero desde ese momento se generó un notorio retroceso, ya que “La producción de alimentos básicos, como el maíz, el trigo y el frijol ha permanecido en el mismo nivel durante los últimos 12 años, a pesar de que la población ha aumentado más de 20 millones” (1981, p. 98). Si bien el Estado ha tratado de suplir estas carencias importando alimentos, se fue dando una serie de procesos que afectaron negativamente la dieta de los estratos bajos, sobre todo en el medio rural. El momento de mayores dificultades en la provisión y adquisición de alimentos se dio en 1974 lo cual contrasta con que en dicho año el consumo de cerveza alcanzó los 34 litros per cápita y se intensificó la producción de vid y de cebada cervecera.

Es decir, el retroceso productivo en alimentos y los cambios en la dieta básica se articularon con procesos como la migración rural-urbana y la situación de pobreza cíclica que afectaron la alimentación de las clases subalternas. Lo que a su vez debe relacionarse con que, paralelamente, se dio un fuerte incremento en la producción y consumo de bebidas alcohólicas, de tal manera que, por ejemplo, el consumo anual de cerveza pasó de 19 litros per cápita en 1950 a 41 litros en 1980.

Las investigaciones desarrolladas por el Instituto Nacional de la Nutrición venían dando cuenta del proceso señalado. En una síntesis de lo obtenido en los diferentes estudios, concluía Chávez en 1980:

Como consecuencia de los cambios mencionados, tanto para el medio urbano como para el rural, se puede decir que México ya no está enfrentando a un solo problema nutricional, la desnutrición en su forma tradicional, la causada por la falta de alimentos en la población que por sus escasos recursos no puede escoger su dieta; sino que ahora se agrega otro, el del sector que está incorporado al sistema comercial y que ya puede escoger sus alimentos, pero que lo está haciendo muy mal y como consecuencia sufre de múltiples alteraciones nutricionales y aún de trastornos metabólicos, condicionados por el exceso de azúcar, de grasas, de harinas refinadas y de alimentos de origen animal incorrectamente seleccionados y consumidos. En estas condiciones no es raro encontrar una combinación de desnutrición con obesidad, hipertensión y arterioesclerosis. Esto muestra que México se encuentra cercano ya a un curioso punto

de desequilibrio nutricional, en el que la mitad de las muertes está asociada a la falta de alimento en los niños pobres, por la interacción entre la desnutrición y la infección, y la otra mitad en los adultos de medio urbano, por causa de enfermedades arterioescleróticas, infartos, accidentes vasculares cerebrales, diabetes y enfermedades hepáticas asociadas a dietas desbalanceadas, incluyendo el alto consumo del alcohol. (Chávez, 1980, p. 20-21)

Pero, repetimos, lo concluido por Chavez anticipa con lucidez gran parte de los problemas más graves de alimentación y de sus consecuencias en el incremento de enfermedades crónico-degenerativas mortales; sin embargo, ni el complejo alcoholismo-pobreza-desnutrición es investigado por el Instituto Nacional de la Nutrición ni por otras instituciones, ni se ponen en acción programas antialcohólicos, y el alcoholismo ya no aparecerá en las estadísticas de muerte como causa de mortalidad significativa.

Es paradójico que, cuando la tasa de consumo de bebidas alcohólicas se incrementa tan significativamente y los principales indicadores confiables dan cuenta de su creciente incidencia en la mortalidad, la perspectiva médica tiende a definir el alcoholismo básicamente como problema de salud mental. Esto se refleja en el hecho de que en las estadísticas vitales el alcoholismo solo es codificado como desorden psiquiátrico, desapareciendo de hecho de las estadísticas de mortalidad, tanto a nivel general como institucional. El alcoholismo ya no apareció dentro de las diez, veinte o cincuenta primeras causas, pues su incidencia en la estructura general de la mortalidad, en términos de enfermedad mental es comparativamente muy baja. El alcoholismo desaparece como padecimiento significativo de las estadísticas vitales en cuanto a mortalidad, aunque permanece como cirrosis hepática, homicidios, accidentes e incluso suicidios.

De hecho, la relación de estos padecimientos siguió mencionándose e incluso investigándose, pero a nuestro entender operó a partir de la década de 1950 una suerte de escisión entre el alcoholismo como enfermedad mental y la mortalidad alcohólica por cirrosis y otras causas, que condujo a que el alcoholismo fuera asumido médicamente como problema psiquiátrico y ocultado o secundarizado como problema físico, social y económico. De tal manera que van desapareciendo los tipos de conclusiones que todavía a principios de la década de 1970 formulaban especialistas como Cabildo:

Por otro lado, la gravedad de las cifras aumenta si tenemos en cuenta que habría que agregarle las correspondientes a la mortalidad indirecta debida al alcohol como es el 5% de personas que se suicidan estando bajo los efectos de la intoxicación alcohólica. Lo mismo

podemos decir del 66% de los accidentes de tránsito que condujeron a la muerte en los que se encontraba presente el alcohol; así como de aquellos homicidios que se realizan también bajo la influencia del tóxico (el 68% de los delitos de sangre se acompañan de alcohol). (Cabildo, 1970, p. 434)

Y que el mismo autor seguía recuperando casi diez años después, a partir del estudio integral ya citado de Puffery y Griffith, pero cuya orientación se perdería cada vez más. Y así vemos que González *et al.* (1967), y años después Ordóñez y Álvarez (1973) y Bustamante (1974) reconocen la alta mortalidad por cirrosis hepática en la edad productiva pero, sin embargo, la orientación interpretativa que señalaba las pérdidas económicas desde la perspectiva empresarial (accidentes, ausentismo laboral), ya no focalizaba el proceso productivo, y menos aún referido a la patología de los estratos sociales subalternos. Si bien la no referencia exclusiva de la alcoholización a los estratos bajos puede tener funciones positivas, pues contribuye a no focalizar y difundir una estigmatización de clase, el sentido fuerte tiende a opacar la incidencia de la mortalidad de clase y la importancia de los procesos productivos.

Esta orientación puede observarse en un serio trabajo sobre epidemiología de la cirrosis hepática realizado a partir de pacientes tratados en el Instituto Nacional de la Nutrición, donde se dan datos sobre el tipo de empleo, la incidencia del consumo de alcohol en la estructura del gasto, la repercusión en el ausentismo laboral, y se concluye: “Los efectos socioeconómicos originados por este hecho afectan no únicamente al paciente y a su familia sino que tienen además repercusión general, como se puede inferir del promedio de días de ausencia en el trabajo” (Dajer *et al.*, 1978, p. 20). Pero toda referencia al complejo de la pobreza y a la industria alcoholera está ausente, y la concepción dominante deposita en la persona tanto la causalidad negativa como la solución: “Entre las leyes de prohibición y la campaña de alcoholización el camino de la templanza es el aconsejado por la higiene; sin olvidar que la desnutrición popular se incrementa por el desvío del salario para la adquisición de bebidas alcohólicas” (Buentello *et al.* 1969, p. 1138).

Dentro de los juegos y tendencias médicas observamos procesos que tienden a reducir la significación del alcoholismo como problema; como vimos, los estudios mexicanos atribuían entre un 85% y 90% de la cirrosis hepática al consumo de alcohol (Sepúlveda *et al.*, 1952, 1956; Manzano, 1974); y estos valores son aceptados también por Kumate, Cañedo y Pedrotta (1977) en su revisión de la salud de los mexicanos. Ulteriormente se propuso que solo alrededor del 55,7% de las cirrosis hepáticas tenían este origen (Dajer *et al.*, 1978). No obstante, autores como Guevara *et al.* (1974) siguieron estimando

que el 85 % de las cirrosis son de origen alcohólico, aún cuando las estadísticas vitales indican una reducción o mantenimiento del problema. Por lo cual, cada vez más investigadores dudan sobre la veracidad de las tasas de cirrosis hepática, sobre todo en función de su inmovilidad, pese al notorio incremento del consumo de alcohol; lo que lleva a Campillo a concluir que “hay buenas razones para presumir que por presiones sociales en las actas de defunción se evita consignar a la cirrosis hepática como causa de muerte” [y agrega que se ha observado] “...que cuando el consumo de alcohol sube en una población dada, este se acompaña de un alza en la mortalidad por cirrosis hepática” (Campillo, 1982, p. 171). Lo cual es refrendado por Smart, Natera y Casco quienes cuestionan la validez del indicador de mortalidad por cirrosis hepática para explicar el nivel de consumo de bebidas alcohólicas en México. Indican que el aumento en la producción de bebidas alcohólicas, en el número de expendios y en el consumo per cápita no se reflejan en las tasas de cirrosis y sugieren que las consecuencias sociales del abuso de alcohol pueden ser mejores indicadores en países como el nuestro” (Smart, Natera y Casco citado por Medina Mora, 1984, p. 183).

En función de varios mecanismos técnicos clínicos y epidemiológicos, el alcoholismo desaparece a partir de la segunda mitad del siglo XX de las estadísticas de mortalidad en México. Pero además, al definir el alcoholismo como problema de enfermedad mental y separarlo de homicidio, cirrosis hepática o accidentes, permitió a las instituciones oficiales psiquiátricas mexicanas centrar la causalidad del problema en el individuo, y me refiero a la teoría de la dependencia que poco a poco se va imponiendo, reduciendo al máximo la causalidad de la alcoholización que debía ser buscada, por lo menos en parte, en el notable incremento productivo de bebidas alcohólicas, en la persistencia de las funciones socioculturales del consumo de alcohol, y en los nuevos procesos sociales referidos a los cambios desarrollados en mujeres y adolescentes. Pero la farmacodependencia coloca la causalidad básica en el sujeto pasando a ser complementarios los otros factores. Consideramos que una interpretación global del alcoholismo no debe reducir el problema a enfermedad mental, sino que debe ser incluido en el proceso de alcoholización que lo constituye, y que implica no solo padecimientos psíquicos, sino causales y consecuencias físicas, sociales y culturales⁴.

Un hecho interesante es que, tanto respecto del alcoholismo entendido como enfermedad mental, como respecto de otros padecimientos vinculados

⁴Esto no quiere decir que el alcoholismo no debe ser investigado como problema de salud mental, sino que debe ser incluido en los contextos económico-político, ideológico y, por supuesto, en el epidemiológico del cual emerge.

estrechamente con el alcoholismo como son la cirrosis hepática, los accidentes y los homicidios, no contamos con programas de salud específico a nivel nacional ni de los estados. En 1973, se efectúa la Primera Convención Nacional de Salud, en la que son presentados por estados las prioridades, los planes y los programas de acción. De la revisión de los materiales surge que el alcoholismo es reconocido como problema solo por cuatro entidades federativas (Chiapas, Nuevo León, Oaxaca y Tamaulipas) y por el Distrito Federal, aunque ninguna tiene un programa específico. La cirrosis hepática es considerada como problema por el estado de Hidalgo y el homicidio solo por el estado de Sinaloa; pero tampoco existen programas referidos a estos problemas.

Producir, producir y producir

La producción de bebidas alcohólicas se incrementa notablemente en México entre 1950 y 1979, y se constituye en el periodo de mayor crecimiento de la industria alcoholera, observando que los mayores incrementos se dan en la industria cervecera, la vitivinícola y la de aguardientes de caña. Todos los productos fiscalizados incrementan su producción, salvo el pulque, y tanto la producción vitivinícola como la cervecera evidencian en todos los pasos del proceso productivo agroindustrial un notorio incremento de la productividad. Solo la producción de petróleo y derivados presentó una mayor productividad que la industria cervecera (Nacional Financiera, 1986)⁵.

La producción de cerveza pasa de 500.608.000 litros y un consumo per cápita anual de 19 litros (33 litros para mayores de 15 años) en 1950, a 2.569.562.000 litros y un consumo per cápita de 38 litros (68 litros para mayores de 15 años) en 1979 (Nacional Financiera, 1972, 1981, 1985).

La industria vitivinícola tiene un menor desarrollo que la cervecera, pero es notable el impulso generado en las bebidas destiladas tanto las derivadas de la uva como de otras fuentes y, especialmente, de la caña de azúcar. La producción de los derivados de uva se incrementa sobre todo a partir de

⁵Esta dinámica se manifiesta no tanto en la expansión de la superficie sembrada y cosechada, sino en el incremento de los rendimientos. Así, mientras que la superficie cosechada de cebada pasó de 230.000 hectáreas en 1950 a 260.000 en 1979, el volumen de producción pasó de 162.000 toneladas a 732.000, y el rendimiento por hectárea, de 704 kilogramos a 2.824 para el mismo lapso (Nacional Financiera, 1972, 1981, 1985); estimaciones de la Secretaría de Programación y Presupuesto (1981) dan otros valores. En el caso de la uva la superficie cosechada fue de 7.000 ha en 1950 y de 33.000 en 1979, aunque según otras estimaciones habría sido de 88.000 ha; pasando el volumen de producción de 47.000 toneladas en el primer año, a 374.000 en 1979 (otras estimaciones: 410.000 t). El rendimiento por hectárea pasó de 7.169 kg en 1950 a 11.380 en 1979 (Nacional Financiera, 1972, 1981, 1985).

mediados de la década de 1960, y así tenemos que la producción de vinos de mesa que en 1970 era de 4.300.000 litros, con un consumo per cápita en mayores de 15 años de 0,16 litros, llega en 1980 a 20.637.000 litros y un consumo de 0,54 litros. En el caso de los vinos generosos, la producción pasa de 2.900.000 litros en 1970 a 5.900.000 en 1980; como la importación fue de 100.000 y 800.000 litros, respectivamente, tenemos que el consumo per cápita en mayores de quince años pasó de 0,11 a 0,17 litros (Secretaría de Programación y Presupuesto, 1981).

A su vez, la producción de brandis fue de 1.240.553 litros en 1950, pasando a 33.500.000 en 1970 y a 125.500.000 en 1980. La importación fue de 100.000 litros en 1970 y de 6.500.000 en 1980. (Secretaría de Programación y Presupuesto, 1981). Esto significa que el consumo en mayores de 15 años pasó de 0,08 litros en 1950, a 1,29 en 1970 y a 3,45 per cápita en 1980. Debe indicarse que hasta 1975 la producción nacional cubría la demanda, pero al aumentar esta, se optó por la importación, que se incrementó notablemente en la segunda mitad de la década de 1970.

En lo que hace al conjunto de bebidas destiladas, en 1950 la producción fiscalizada fue de 23.350.440 litros, lo que supuso un consumo per cápita de 1,55 litros en mayores de 15 años (Loyola, 1965). Para 1970, el conjunto de la producción era de 44.600.000 litros y el consumo se había elevado a 1,72 litros. Un caso particular, dentro de las bebidas destiladas, lo constituye la producción de alcohol etílico a partir de la caña de azúcar, parte del cual se transforma en alcohol de 96 grados. Para 1950, la producción fue de 36.977 litros y, para 1960, de 39.067 litros; en 1970 se produjeron 44.297 litros, llegando a 87.724 en 1980. Si nos hemos extendido en la presentación de estas cifras es por la particular significación que tiene este producto, ya que los datos indican un continuo incremento, que en gran medida tiene que ver con su creciente transformación en bebida alcohólica. Desde 1950 hasta principios de la década de 1970 domina una tendencia según la cual desciende continua y significativamente la cantidad de alcohol potable y se incrementa el desnaturalizado, es decir el que no debe ser consumido como bebida alcohólica; así, mientras que para 1950 el 90% del alcohol era potable, para 1965 solo el 65% lo fue, y en 1970 un 51%.

Este proceso comenzó a revertirse a partir de entonces, y ya para 1980 el 55% de la producción fue convertida en potable; de tal manera que en 1985 el 99% de la producción ya era potable (Nacional Financiera, 1965, 1972, 1981; Unión Nacional de Productores de Azúcar, 1983, 1984 y 1985). Es decir, luego de un proceso de lento aumento de la producción total, y respecto de la cual disminuía continuamente el porcentaje de alcohol potabilizado, a partir de 1980 no solo se incrementó continuamente la producción (en 1985 llega a

122.240 litros), sino que la misma se convierte en su casi totalidad en alcohol que puede ser consumido como bebida. Y parte de esta información surgió de nuestras entrevistas a especialistas médicos, a la observación de dos grupos de “teporochos” y a entrevistas en las farmacias donde la población adquiere alcohol de 96° para convertirlo en bebida alcohólica.

La única producción que desciende continua y notablemente es la pulquera; de 1936 a 1980 la plantación de magueyes disminuye en un 47,5% y el inventario de plantas en un 24%. La producción de litros de aguamiel pasó de 394.062.000 litros en 1950 a 340.244.000 en 1970. A partir de esta fecha no existe información oficial, sino solo estimaciones que señalan que existe un continuo descenso en la producción. Diferentes datos propuestos por los productores de maguey y pulque establecen que para 1980 la producción de aguamiel llegaría a unos 240.000.000 litros. A su vez la producción de pulque fiscalizado fue de 216.708.209 litros en 1950, llegando en 1970 a los 231.000.000 litros. Para 1980 diferentes datos colocarían la producción en unos 200.000.000 litros, pero estos valores son bastante azarosos. El consumo per cápita en mayores de 15 años disminuyó de 14 litros en 1950 a nueve en 1970. Para 1980 dicho consumo podría ser de unos cinco litros per cápita (Osuna, 1929; Loyola, 1956; Bustamante, 1974)⁶.

Hay que señalar que, para el período 1980-1985 se estimaba que la demanda de vinos y de brandis crecería en México a una tasa anual del 10,3% y se esperaba que la demanda pasaría de 164.300.000 litros en 1980 a 268.300.000, en 1985. Solo los brandis pasarían de un consumo estimado en 131.500.000 litros a 206.600.000 durante dicho lapso. En el caso de las cervezas se esperaba que el ritmo de incremento fuera de 3,91% mensual (Secretaría de Programación y Presupuesto, 1981). La gran expansión de esta industria se manifestó también en el desarrollo de la producción para la exportación, que solo fue de importancia en el caso del tequila, ya que volúmenes crecientes de dicha bebida se exportan, llegando a finales de la década de 1970 a casi el 50% de la producción total. El Estado nacional apoyó estos esfuerzos en forma permanente; y así observamos que en 1974 el secretario de Industria:

...pidió a los industriales tequileros hacer cada vez mayores esfuerzos para que se incremente la exportación de tequila embotellado de origen, tanto para cuidar el prestigio del producto ya reconocido, como para generar en la región tequilera del país una actividad

⁶Entre 1970 y 1989 se consultaron los periódicos *Excelsior* 1970-1989, *Unomásuno* 1980-1989, *El Día*, 1970-1989

económica importante por lo que hace a la ocupación de mano de obra e insumos en la fabricación de botellas, tapas, cajas, etiquetas y demás. En este sentido, el secretario de Industria ofreció todo el apoyo de las autoridades para lograr la cabal realización de este esfuerzo. (Instituto Nacional del Consumidor, 1974, p. 40)

El crecimiento de la industria alcoholera se refleja además en el incremento de la recaudación fiscal, ya que las percepciones fiscales por cerveza pasaron de 121 millones de pesos en 1955, a 139 millones en 1960 y a 1.200 millones en 1972, constituyendo la recaudación por el total de bebidas alcohólicas en este último año 1.479 millones de pesos (Silva, 1972; Bustamante, 1974; Kumate *et al.*, 1977)⁷.

La política nacional de apoyo a la cerveza, por considerarla bebida “antialcohólica”, permitió el gran desarrollo de la producción cervecera, lo que puede sobre todo observarse cuando en 1955 dicha bebida dejó de ser considerada bebida alcohólica, y fue asimilada a los refrescos: “Como una solución parcial, pero efectiva al alcoholismo, en 1955 se reformó la Constitución para considerar a la cerveza como un refresco, evitando que los estados la gravaran, y protegiéndola en todas las formas” (González Navarro, 1974, p. 290). A su vez, en 1963, se decidió que las bebidas con menos de 6° de alcohol son bebidas de moderación, siendo favorecidas impositivamente siempre que estén embotelladas, requisito que no cumplía el pulque, pero sí la cerveza⁸. Más aún, la cerveza no requería de un permiso especial de venta, que sí era exigido para el resto de las bebidas alcohólicas; en su caso solo se especificaba que la cerveza comprada no debía ser consumida en el lugar donde era expendida, y en determinados casos que solo podía ser vendida en la medida en que se consumiera con alimentos. Estas particularidades se reflejaron además en la creciente expansión de las cadenas de supermercados, donde la cerveza ocupa espacios diferenciados del de las otras bebidas alcohólicas, sean o no fermentadas.

⁷El retroceso de la producción y consumo del pulque también se manifiesta en su pérdida de importancia en la recaudación fiscal, sobre todo a nivel nacional, así como en la participación en el producto bruto interno (PBI) y en el gasto comparativo del consumidor. Así el gasto en consumo de pulque que se calculaba en 1923 en 35 millones de pesos y de 34 millones para la cerveza, pasó a ser de 244 millones de pesos para el pulque y de 2.255 millones de pesos para la cerveza en 1970, y de 282 millones y 4.818 millones de pesos respectivamente en 1980. La significación en el PBI respecto del total de bebidas alcohólicas fue de 1,6% en 1960, de 0,7 en 1970 y de 0,3 en 1975 para el pulque, mientras que fue de 78,7; 60,8 y 77,4% para la cerveza. Mientras que la tasa media anual de crecimiento fue de 8,1 % entre 1960 y 1975 para la cerveza, la del pulque fue solo de 3,8% para el mismo periodo. Datos obtenidos de Osuna (1929); Loyola (1956); Bustamante (1974) y Quintar (1983).

⁸Desde la década de 1920 se realizaron algunos intentos de embotellamiento y de pasteurización que, si bien lograron éxito, modificaron el sabor de la bebida y sobre todo la encarecieron, por lo cual su demanda fue muy baja.

Dados los procesos señalados, el Estado mexicano estableció expectativas optimistas y confiables respecto del incremento de la producción y el consumo de bebidas alcohólicas y, en particular, de la cerveza y de las bebidas destiladas⁹. Es en este contexto productivo que, deben ser analizadas las políticas del sector salud y, en particular, de las instituciones psiquiátricas respecto del alcoholismo; ya que las ganancias y los intereses económicos generados por la industria alcoholera se consolidan, constituyendo un factor de poder que limita las acciones preventivas¹⁰. Esto puede registrarse en los códigos sanitarios ya que, si bien tienen disposiciones que establecen sanciones específicas contra los que violan los códigos, dichas disposiciones no suelen ser aplicadas. Un simposio organizado sobre este problema a finales de la década de 1960 y publicado en la más antigua de las revistas médicas mexicanas concluyó que contra las campañas antialcohólicas

...están los intereses creados que destinan millones de pesos para lo opuesto; una verdadera campaña de alcoholización para la cual utilizan todos los medios de publicidad, a todas horas del día contra las disposiciones expresas del código sanitario, multiplicando los incentivos audiovisuales hacia el alcohol, desde la repetición constante de frases de estímulo para el consumo de bebidas hasta la atracción sexual o de confiabilidad familiar. (Buentello *et al.*, 1969, p. 1137)

En esta década se desarrolló una interpretación que encuentra en la publicidad una de las principales causalidades del incremento del consumo de alcohol y del alcoholismo, lo que ulteriormente conduciría a centrar en la misma las mayores críticas, así como las principales medidas de control. Esto no significa que no se hubiera utilizado profusamente la publicidad previamente ya que, por ejemplo, una de las resoluciones del Primer Congreso Nacional contra el Alcoholismo realizado en 1936, consignaba lo siguiente:

⁹Para el periodo 1971-1978, la industria alcoholera fue considerada como una rama de alto crecimiento con una tasa anual del 7.2%. Durante la década de 1970 se expande la producción agroindustrial alcohólica en casi todos sus rubros y con frecuente apoyo del Estado. Así, por ejemplo, la delegación mexicana al Congreso Internacional de la Vid y el Vino (1982) informó que para 1981-1982 la banca oficial otorgaría créditos a esta agroindustria por valor de 27.000 millones de pesos para incrementar la superficie plantada con viñedos (*Unomásuno*, 1982, 1983).

¹⁰Un indicador de la escasa importancia que el sector salud dio al problema del alcoholismo aparece confirmado en la monumental Historia de la salubridad y de la asistencia en México, publicada en cuatro volúmenes (Álvarez Amézquita *et al.*, 1960); ya que en ella hay escasas referencias a las actividades específicas realizadas por el sector salud respecto de este problema. Más aún, no hay datos sobre las diferentes campañas antialcohólicas realizadas, ni sobre otras actividades específicas, ni sobre la legislación sanitaria respecto del alcoholismo y las bebidas alcohólicas.

Impídase la propaganda anticientífica, contradictoria de las prácticas higiénicas, que constituya engaño para el público y búsquese la forma de restringir la propaganda que trate de provocar una demanda desproporcionada de las bebidas alcohólicas. Contrarréstese la propaganda que provoca una demanda desorbitada de las bebidas alcohólicas, que incita en el hogar a las mujeres, a los adolescentes y a los niños al alcoholismo; y que atrae a los adultos al despilfarro de sus ingresos con menosprecio de sus necesidades. (Departamento de Salubridad Pública, 1937, p. 123)

Estas críticas tienen que ver en gran medida con que, si bien en la década de 1920 la publicidad de las bebidas alcohólicas viene cumpliendo una función en la “realización” del producto, era comparativamente reducida. Con el desarrollo de la radio a partir de la década de 1920 y de la televisión desde 1950 dicha publicidad se incrementó constantemente, de tal manera que en la década de 1970 la publicidad por televisión alcanzó caracteres realmente notables. El desarrollo de la industria alcohólica y la competencia entre empresas alcohólicas condujeron a que la publicidad se constituyera en el más importante rubro de inversión luego del proceso productivo.

El sector salud y las instituciones de control de los medios de comunicación masiva, señalaron reiteradamente la creciente importancia de la televisión en la difusión de mensajes pro-alcohólicos. En la década de 1970 se especificaron nuevas medidas de control a través del Código Sanitario (1973), el Reglamento de la Ley Federal de Radio y Televisión (1973) y el Reglamento de Publicidad para Alimentos, Bebidas y Medicamentos (1974). El nuevo Código Sanitario en sus artículos 240, 241, 242, 244, 245, 247 y 248 tiene claras y expresas disposiciones sobre alcoholismo, que no obstante serían reiteradamente violadas. Los artículos 247 y 248, en particular, constituyen herramientas potenciales no solo de control sino de educación para la salud que, sin embargo, no fueron obligados a cumplirse en el periodo de mayor incremento del alcoholismo y de la publicidad pro-alcoholización. Dichos artículos están referidos a las técnicas de inducción al consumo utilizadas por la publicidad de bebidas alcohólicas (Artículo 247) y a la obligación de que la propaganda y publicidad de bebidas alcohólicas deben combinarla o alternarla, en los términos que determina el reglamento respectivo, con mensajes de educación para la salud y de mejoramiento de la nutrición popular, así como con aquellos mensajes formativos que tienden a mejorar la salud mental de la colectividad y a disminuir las causas del alcoholismo.

Por su parte el Reglamento de Publicidad para Alimentos, Bebidas y Medicamentos en los artículos 33 al 37 especifica casi casuísticamente las

limitaciones a que debe estar sometida la publicidad de bebidas alcohólicas. Se reglamenta el tipo de asociaciones que se hacen con indicadores de prestigio social, la atribución de cualidades falsas, la relación con actividades recreativas y festivas, y la simulación alimentaria del alcohol. Pero toda esta reglamentación permaneció en el nivel de discurso sin ser aplicado por el sector salud ni por ningún otro sector del Estado.

Es esta dinámica productiva-comercializadora la que sobredetermina las políticas sanitarias específicas, lo cual es sabido por el propio sector salud que, sin embargo, no elabora las estrategias posibles frente al incremento de las condiciones que impulsan la alcoholización y sus consecuencias negativas. Si la tasa de mortalidad por cirrosis hepática es mantenida estable, no ocurre lo mismo con las violencias y en particular con accidentes que se incrementan constantemente y que se van constituyendo en una de las primeras causas de mortalidad. La relación entre ganancias fiscales por concepto de bebidas alcohólicas y la mortalidad alcohólica vuelve a ser cuestionada como en los años 1910, 1917, 1933 y 1953:

El Estado busca obtener impuestos por concepto de giro comercial de cantinas, pulquerías y piquerías; de introducción de pulque o bien por la destilación de alcoholes y la industrialización de los mismos. Pero el Estado se ve también obligado a erogar fuertes cantidades de dinero para mantener la seguridad pública, mediante numerosas policías, cárceles, penitenciarias y tribunales penales a fin de prevenir los delitos o sancionarlos cuando han ocurrido. (Olivares, 1975, p. 213)

De los datos con que contamos se confirma que las inversiones específicas del sector salud respecto del alcoholismo son muy escasas; la demanda de atención y hospitalización psiquiátrica por parte de los alcohólicos es muy baja según datos estadísticos oficiales; y las sanciones policiales a los alcohólicos es mínima, especialmente de los conductores con algún grado de intoxicación alcohólica, aunque se supone que su detención policial es alta, pero para efectuar “mordidas”, es decir extorsiones monetarias para no cumplir con las sanciones¹¹.

También sigue vigente la función cumplida por el alcoholismo para los ciclos ocupación-desocupación de las clases subalternas y sobre todo la

¹¹No obstante, es muy importante consignar que, en México DF, desde 2003, se aplicó un programa de control de conductores a través de un equipo policial-sanitario que toma muestras al conductor, y si está alcoholizado se aplican sanciones de tipo no punitivo. Algunos analistas consideran este programa no solo como el más eficaz aplicado actualmente, sino que se caracteriza por su bajo nivel de corrupción.

relación diferencial entre quienes obtienen altas ganancias y quienes mueren, dado que lo primero se concentra en los sectores sociales medio y alto, mientras los daños se concentran en las clases bajas.

Ni prevención ni curación, sino todo lo contrario

De lo analizado surge que los indicadores epidemiológicos relacionados con el alcoholismo son negativos, mientras que los indicadores económicos evidencian que el Estado asociado con la industria alcoholera y la del “tiempo libre”, impulsan la producción y consumo de alcohol que la población demanda como parte de su vida cotidiana. Sin embargo, como lo señalé, el alcoholismo se va invisibilizando en términos de mortalidad para el sector salud, y la conversión del problema en salud mental implica asumir que la importancia del problema se reduce aún más, dada la escasa importancia de esta especialidad en México.

Pero, además, durante la década de 1970 el Estado mexicano “descubrió” la farmacodependencia, a la que escindió del proceso de alcoholización; pese a que los especialistas nacionales reconocían el alcoholismo como problema grave y consideraban a las otras adicciones como secundarias. Sin embargo, el Estado a través de instituciones psiquiátricas y psicológicas impulsó una política diferencial justamente durante el periodo de mayor expansión del consumo de alcohol. Como ya señalamos, en 1971 se creó el Consejo Nacional de Problemas de Farmacodependencia, que solo integraría ulteriormente el problema del alcoholismo, al que nunca presentó como problema prioritario. Lo cual es incomprensible en términos de prioridades sanitarias y de evaluaciones científicas, pues tanto las encuestas epidemiológicas como la información clínica seguían indicando que el alcohol y el tabaco son las drogas de mayor y más temprano consumo, así como las que tienen las consecuencias más graves en términos de enfermedad y mortalidad.

Mientras que la atención especializada para las personas con problemas de alcoholismo quedaba reducida a un solo centro, el CEPRA; los Centros de Integración Juvenil, que ya eran 25 en 1975, no aparecen interesados en el alcoholismo de los jóvenes. Para 1980 la situación era aún más contrastante, pues los CIJ pasaron a ser 35 y los Centros Antialcohólicos solo dos, y ambos localizados en el D.F. Más aún, directivos de dichos centros nos informaron que hasta 1980 los adolescentes con problemas de alcoholismo no eran detectados, y que de haber demanda se los canalizaba a Alcohólicos Anónimos.

En 1971 el Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la UNAM realizó una encuesta en jóvenes de la

Escuela Nacional Preparatoria, surgiendo en la primera muestra que el 56,6%, y en la segunda el 63% de los encuestados dijeron beber alcohol, siendo esta la sustancia más consumida comparada con las otras seis drogas consideradas (De la Fuente, 1972). Estos resultados se reiteraron en las encuestas aplicadas ulteriormente, pero sin modificar las políticas dominantes en salud mental. Inclusive toda una serie de datos epidemiológicos sobre consumo de alcohol, fueron un subproducto de encuestas cuyo objetivo central tenía que ver con la farmacodependencia a otras sustancias adictivas, pero que paradójicamente confirmarían reiteradamente que el alcohol era la droga más consumida (Medina Mora *et al.*, 1978, 1980; De la Parra *et al.*, 1974, 1986; Natera *et al.*, 1975; Natera y Terroba, 1982; Terroba *et al.*, 1978). Además, en 1978 Calderón y en 1981 el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social con el Instituto Nacional de la Nutrición realizaron sendas encuestas cuyos objetivos centrales estaban encaminados a detectar patrones sociales de ingestión alcohólica.

La gravedad de este problema se manifestó además a través de otros datos epidemiológicos; y así en 1973, durante la Primera Convención Nacional de Salud, se estimó que en México existían 660.000 alcohólicos, constituyendo el segundo grupo en número de inválidos con una tasa de 2.309 por 100.000 habitantes mayores de 15 años. A partir de este cúmulo de datos, en 1976, la Dirección de Salud Mental propuso que el alcoholismo es una enfermedad y que corresponde al sector salud realizar las acciones pertinentes. En el mismo año, el director de Salud Mental elaboró un programa de acción contra el alcoholismo: “Dicha propuesta fue analizada por las autoridades competentes y, a pesar de haber sido aprobada, pocas fueron las medidas adoptadas.” (Velazco Fernández, 1983, p. 204)

Nos encontramos entonces con una problemática reconocida por el sector salud, respecto de la cual no existen programas específicos, sino básicamente actividades asistenciales en su mayoría indirectas, es decir no atendidas como alcoholismo, sino que los sujetos son tratados por cirrosis hepática, por gastritis, por las consecuencias de los accidentes, pero sin que el personal médico los asuma como alcoholismo. No existe una infraestructura oficial ni privada para dar atención a los alcoholizados en términos de enfermedad mental, de tal manera que en la década de 1970 se calculaba que solo un 10% de los alcohólicos recibía atención médico-psiquiátrica, subrayando que las dos principales instituciones de seguridad social (IMSS e ISSSTE) subrogaban total o parcialmente la hospitalización psiquiátrica de sus derechohabientes, incluidos los alcohólicos:

Hasta la fecha el IMSS y el ISSSTE no poseen ninguna cama para la hospitalización psiquiátrica directa, pues todos los pacientes se subrogan a otras instituciones, entre ellas hospitales de la SSA. Las cuotas que se pagan por motivo de la subrogación de servicios varían de acuerdo con las instituciones subrogadas, y representan en conjunto una política que busca gastar lo menos posible en la atención y rehabilitación del enfermo mental. (Pucheu, 1982, p. 145)

Es esta situación la que condujo en 1976 al asesor de Salud Mental de la Oficina Sanitaria Panamericana a concluir que en México: “El Ministerio de Salud le ha dado al alcoholismo una importancia secundaria, poniéndolo por debajo de los programas contra la malaria o el aparato digestivo”, y agregando que “Se ha hecho muy poco, debido en parte a que el presupuesto es raquítrico” (González, 1976, p. 22). Y señalaba que las autoridades en salud, en gran medida, desconocen todo lo referido a producción de bebidas alcohólicas en México, así como a los procesos de importación y exportación de estas en el desarrollo actual de este problema.

Así pudimos observar, a través de nuestro trabajo de campo, que las consecuencias del consumo de alcohol saturan los servicios que atienden problemas del aparato digestivo y que, en particular, generan “cuellos de botella” en la hospitalización, mientras también se incrementan las demandas en los servicios de urgencia por problemas relacionados con el uso del alcohol. Y es en función de estos y otros problemas que durante la década de 1970 se desarrollan una serie de experiencias asistenciales y/o de promoción comunitaria que en su mayoría no tuvieron continuidad, ya que luego de un lapso entraron en una fase de estancamiento o directamente se disolvieron. Estas experiencias se llevaron a cabo tanto a nivel oficial en la SSA y en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), como a nivel privado en los hospitales San Rafael y Lavista, y frecuentemente estaban articuladas.

Dada la envergadura del proyecto, la experiencia del IMSS es tal vez la más destacada, aunque no la de mayor continuidad. En principio debe indicarse que los servicios psiquiátricos-psicológicos siempre tuvieron un escaso y discontinuo desarrollo en esta institución. Según López (1967), a mediados de la década de 1940 comenzó a funcionar en la clínica 11 una unidad de neuropsiquiatría, que posteriormente se independizó. En el momento de mayor desarrollo contaba con veinte especialistas y subrogaba la hospitalización a sanatorios privados como La Floresta y el Lavista con 80 y 40 camas respectivamente. Esta experiencia fue disuelta en 1963; pero para 1967 el IMSS desarrolló servicios de psiquiatría en el Centro Médico y en doce clínicas, con

50 camas para hospitalización propias y otras 240 que subrogaba a entidades privadas.

A finales de la década de 1960 y principios de la de 1970 el interés por los pacientes alcohólicos se incrementó, lo que condujo en 1973 a organizar un servicio específico. En el mismo año se creó el Centro Comunitario de Xochicalco en la colonia Narvarte de la ciudad de México, en el cual se hizo psiquiatría comunitaria. Fue, además, durante los primeros años de la década de 1970 que se incorporaron los grupos de Alcohólicos Anónimos a algunas clínicas del IMSS, recordando que hasta este momento no había en el IMSS actividades específicas antialcohólicas, y menos un programa sobre el alcoholismo. Esto no supone concluir que este no existía como problema; por el contrario, como ya vimos, tanto en los servicios de urgencia como, sobre todo, en el servicio de gastroenterología, se reconocía su alta incidencia; más aún, la relevancia del problema cirrótico condujo en 1965 a solicitar la creación de un hospital antialcohólico que no prosperó.

Según información obtenida por entrevistas, el alcoholismo constituiría la primera causa real de incapacidad en el IMSS que, como sabemos, es una institución del Estado que atiende exclusivamente a los trabajadores de empresas privadas afiliadas al IMSS. Pero en esta institución, que debe atender problemas de enfermedad ocupacional, sin embargo, no se reconocía el alcoholismo como enfermedad laboral, ni como causa de incapacidad laboral que posibilitara que el trabajador fuera diagnosticado como alcohólico ni que la persona incapacitada por alcoholismo pudiera ser pensionada. Correlativamente los médicos generaban una muy baja detección del problema, aún en la especialidad psiquiátrica; dadas las implicaciones que tenía en el ausentismo laboral, en las demandas por incapacidad, y en que podía ser causa de despido. La atención rutinaria del paciente alcohólico era la desintoxicación o el tratamiento del problema a través de otras patologías.

Pese a estas limitaciones, como señalamos, en 1973 se creó un servicio para alcohólicos en el IMSS que se inició con 15 pacientes, y que rápidamente se incrementaron a 65. Se planteó entonces extenderlo a todas las clínicas; e incluso comenzó a generarse una demanda de reconocimiento del alcoholismo como enfermedad, lo que no obstante no condujo a admitirlo como padecimiento, sino que se decidió que el enfermo podía recurrir al dictamen del Consejo Técnico para que este diera o no curso al reconocimiento del alcoholismo como enfermedad, lo cual no llegó nunca a aplicarse.

Alrededor de 1976 surgieron oposiciones a este programa en función de su costo y del posible aumento de la demanda, lo cual encarecería no solo la atención, sino que podría conducir a la legitimación del problema como enfermedad laboral. En 1981 se clausuró la experiencia de este servicio

antialcohólico, y también la experiencia comunitaria de Xochicalco que trabajaba también con alcohólicos. Se eliminó la subrogación a hospitales privados y durante un lapso la hospitalización se derivó al principal hospital psiquiátrico oficial, es decir el Fray Bernardino Álvarez. Incluso durante un periodo “desapareció” el servicio de psiquiatría del IMSS y, de hecho, según informantes, se volvió a la práctica previa, es decir “reducir la atención a los enfermos agudos; desintoxicación y dar tres días de incapacidad”. En 1984 se abriría un hospital psiquiátrico que incluía la atención de pacientes alcohólicos, pero si bien el alcohólico se siguió tratando en algunas clínicas de IMSS, el programa de rehabilitación para alcohólicos desapareció, concluyendo que el mismo solo tuvo plena vigencia entre 1973 y 1977. Antes y después de esta experiencia, tanto la demanda como la detección de pacientes alcohólicos fue mínima en el IMSS a nivel psiquiátrico, a nivel de médico familiar y a nivel de la jefatura de medicina del trabajo. Como concluyó una psicóloga entrevistada: “en el IMSS ni el médico detecta, ni el paciente demanda tratamiento específico”.

Esta negación profesional, institucional y personal del alcoholismo debe ser relacionada con la actitud comunitaria y, especialmente, del movimiento obrero hacia el mismo, ya que si bien el discurso obrero reconoce el problema desde la época del Porfiriato (Historia obrera, 1979); si bien el sector obrero revolucionario lo seguiría planteando desde la década de 1910, ello no se tradujo en una propuesta de acciones específicas; más aún, salvo el sindicato azucarero, ningún otro sector obrero ha generado un programa preventivo antialcohólico.

El sector empresarial tampoco aparece preocupado por el alcoholismo; y según un sugerente análisis del Dr. Elizondo, las reacciones más frecuentes del empresariado frente al trabajador alcohólico pueden ser reducidas a tres: En primer lugar, despedir al trabajador; en segundo, asumir una actitud paternalista que “...tolera la actitud irresponsable del trabajador, pero al mismo tiempo aprovecha la situación para explotarlo, pagándole bajos salarios y no dándole prestaciones”. Y tercero, el que otras empresas, “generalmente dependientes del gobierno o descentralizadas y que tienen sindicatos poderosos tienden a sobreproteger al trabajador que abusa del alcohol: le conceden “permisos sindicales” o “licencias” para que continúe la borrachera o se “cure la cruda” o lo defienden con mucha eficacia cuanto está a punto de ser despedido por causas generadas por el abuso del alcohol” (Elizondo, s/f, p. 6). Lo que surgió también en las entrevistas que hicimos a personal de salud durante la década de 1980.

Históricamente han sido los servicios de gastroenterología los que han detectado la gravedad del problema través de la incidencia hospitalaria de la cirrosis hepática. Durante la década de 1970 se manifiesta en el IMSS un

incremento de las tasas de mortalidad por cirrosis hepática de la población asegurada, pasando de constituir la novena causa de muerte y el 3,8% de todas las muertes en 1976, a ser la tercera causa de muerte con el 4,98% del total en 1979. Durante este lapso constituyó además la primera causa de muerte en el servicio de gastroenterología, con más del 50% de las muertes. En cuatro unidades hospitalarias del IMSS la cirrosis hepática fue la primera causa de letalidad, la segunda causa de mortalidad y la segunda causa de ocupación hospitalaria (González *et al.*, 1986).

La alta tasa de mortalidad por cirrosis hepática supone la llegada del paciente en fase terminal, lo cual también se observa en el caso de los pacientes psiquiátricos. Según un especialista en rehabilitación de alcohólicos del Hospital de Psiquiatría del IMSS, en 1984 el 77% de los pacientes llega en fase crítica y el 16% en fase final, lo cual sigue evidenciando la carencia de detección temprana del problema por los servicios generales de salud de esta institución. A partir de la crisis analizada, la derivación psiquiátrica es mínima y el principal mecanismo de atención lo constituye Alcohólicos Anónimos.

En el ISSSTE, ni antes ni durante este lapso existió ningún programa especial sobre alcoholismo, aclarando que la práctica psiquiátrica en esta institución fue y es reconocida como marginal por una parte de los psiquiatras entrevistados. En ella la problemática de la enfermedad mental, incluido el alcoholismo, nunca ha sido considerada de importancia, recordemos que solo los hospitales 20 de Noviembre y López Mateos, ambos en la ciudad de México, tienen servicio de psiquiatría. En las unidades aplicativas no existen psiquiatras; se propuso un plan para dotar a cada unidad de personal especializado en salud mental, pero no prosperó. Además, no hay camas para internación psiquiátrica; los pacientes alcohólicos, en la medida que lo requieran, son enviados al Fray Bernardino Álvarez, aunque la derivación es mínima. En el ISSSTE no se realizan actividades de promoción o prevención respecto del alcoholismo o de la cirrosis hepática. Tampoco hay detección a nivel general, y la única labor promocional la hacen los grupos de Alcohólicos Anónimos que funcionan en los dos hospitales citados.

Nuevamente esta carencia de acciones contrasta con la información procesada por la misma institución. A principios de la década de 1970 Aceves *et al.*, (1975) realizaron un estudio epidemiológico sobre cirrosis hepática en los hospitales generales del área metropolitana Darío Fernández, López Mateos, Fernando Quiroz y 20 de Noviembre; y hallaron que dicho padecimiento, en 1972, constituía una de las primeras cinco causas de mortalidad. Al igual que en el IMSS, pero en forma mucho más acusada; de nuestras entrevistas surge que el alcoholismo constituiría la principal causa de ausentismo, así como la existencia de una fuerte presión sindical sobre el personal de salud para el

reconocimiento de incapacidades generadas por el consumo de alcohol, lo que opera sobre todo en el personal del sector educativo.

A mediados de la década de 1970, y en especial desde 1977, la SSA impulsó un programa de servicios comunitarios con atención de los padecimientos mentales. Inicialmente se instalaron servicios de este tipo en 15 centros de salud de México DF, y otros tres en el resto del país, los cuales fueron incrementados a 24 y nueve, respectivamente. En varios de estos centros se constituyeron equipos para el tratamiento ambulatorio, rehabilitación y actividades de prevención antialcohólica. Según el jefe del Programa de Alcoholismo del CEMEF (Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia), se esperaba que los alcohólicos intoxicados fueran atendidos en los centros de urgencia en su fase aguda; que para la fase subaguda fueran canalizados a instituciones especializadas y luego referidos a la consulta externa de estos centros de salud (Martínez Cid, 1977).

En 1981, según el jefe de la Oficina de Psiquiatría y Salud Mental de la Dirección General de Salud Mental, las actividades de estos centros eran en un 80% de tipo curativo y en un 20% de prevención. Sin embargo, estos centros fueron pensados con una concepción predominantemente preventivista y promocional. En varios se establecieron cuatro subprogramas: alcoholismo, salud mental en adultos, salud mental en niños y farmacodependencia, los que eran llevados a cabo por equipos interdisciplinarios:

Para el desarrollo de este programa se contó con cuatro equipos psiquiátricos, integrados cada uno por un psiquiatra, un psicólogo y una trabajadora social; además de una secretaria, una enfermera, una técnica en electroencefalografía, una educadora especial, una terapeuta recreativa y asesores en neurología, antropología, sociología, paidopsiquiatría y evaluación de programas. (Blum, 1979, p. 20)

Este proyecto declinó notoriamente a partir de 1979. Dentro del programa antialcohólico del CEMEF, constituye un caso particular el Centro de Ayuda al Alcohólico y a sus Familiares (CAAF) creado en 1977 en la Ciudad de México; siendo el primer centro específico de atención al alcohólico luego del Centro de Rehabilitación instalado en 1959. Tanto por el lugar elegido, el “barrio bravo” de Tepito, con alta prevalencia del alcoholismo, como por su localización material, los altos del mercado Abelardo Rodríguez, el CAAF planteó un programa con una concepción antiestigmatizadora y promocional de la salud; y se propuso trabajar con el grupo familiar, tomando en cuenta las condiciones comunitarias dentro de las cuales viven el alcohólico y la familia. A estas familias y pacientes se les dieron diferentes opciones de tratamiento,

dependiendo ello de los procesos de angustia que detectaran los equipos de trabajadores sociales y que implicaba la realización de acciones para mejorar sus modos de vida, al mismo tiempo que el paciente era tratado en un centro de salud correspondiente a la zona de Tepito (Martínez Cid, 1977, p. 40).

Inicialmente, este programa trabajó intensamente con las instituciones oficiales y vecinales, incluidos por supuesto los grupos de Alcohólicos Anónimos y AMAR. No obstante, la demanda de consulta siempre fue baja, y la subutilización del servicio se incrementó con el tiempo. Por otra parte, la deserción de los pocos pacientes fue la norma, y la posibilidad del trabajo con familiares fue escasa. A finales de la década de 1970 y principios de la de 1980, su actividad era básicamente asistencial, pero sin que existiera un claro delineamiento de estrategias terapéuticas. La perspectiva “sociológica” y promocional fue desapareciendo, de tal manera que lo que quiso ser una alternativa preventivista basada en los recursos comunitarios, derivó hacia una rutina asistencial de estilo clásico (Turull, 1982, p. 73), y donde las terapias breves suplantaron la atención sintomática, véanse también Puente y Tenorio (1982).

Estos y otros aspectos fueron confirmados por nuestro estudio específico a mediados de la década de 1980, en el cual resaltó no solo la escasa demanda de consulta por parte de la población, sino la casi inexistencia de adherencia al tratamiento, dada la poca demanda de consulta, y la muy escasa existencia de consultas de segunda vez. No solo a través de entrevistas sino de observación, pudimos constatar el escaso trabajo del personal, dada la falta de pacientes, así como verificar que dicho personal no tenía demasiada idea de lo que tenía que hacer en términos de trabajo comunitario referido al alcoholismo.

El Centro de Rehabilitación para Alcohólicos (CEPRA), al principio dependiente del Departamento de Rehabilitación y desde 1977 integrado a CEMEF, constituyó durante 18 años el único servicio especializado público para pacientes alcohólicos. Si bien la propuesta de creación fue básicamente asistencial, los procesos ulteriores no modificaron esta orientación. Según el análisis realizado sobre esta institución a finales de la década de 1970, las características asistenciales presentan notorias similitudes con lo señalado para el CAAF, con el agravante de que, en comparación, el CEPRA está dotado de mayores y mejores recursos materiales, financieros y humanos. Dicho análisis concluyó que no existían criterios asistenciales, que no se habían elaborado modelos idóneos de tratamiento. Al igual que en el CAAF, no hay normatividad para la realización de las actividades terapéuticas. Incluso se puede establecer que el personal médico no registra la mayoría de los signos y síntomas que se utilizan para diagnosticar y actuar sobre el alcohólico. Esta institución se caracteriza por una notable rotación de personal médico, que algunos informantes colocan en una deserción periódica del 70% al 90%.

En la década de 1970 también se establece el Centro Piloto de Salud Mental Comunitaria San Rafael en Tlalpan, al sur del Distrito Federal, cuyo programa de trabajo se inició formalmente en 1974. En aquella ocasión se planteó la acción comunitaria como una necesidad, siendo un objetivo básico delinear estrategias de prevención. Como señalaban Calderón y Elorriaga:

...es imperioso dar especial atención en México a un programa de salud mental comunitaria, por intermedio de un centro piloto donde se puedan establecer objetivos, fijar metas, determinar políticas y desarrollar programas que, mediante evaluaciones periódicas permitan instituir los principios y modalidades que deben tener estas unidades de salud mental conforme con las características económicas, antropológicas, políticas y sociales del país [y agrega que tanto] ...el descubrimiento de psicofármacos eficaces [...] como el conocimiento de ciertos cuadros, como la depresión y la angustia, que se presentan actualmente con gran frecuencia en la población general, han planteado la urgente necesidad de integrar esta especialidad en la medicina general y adoptar programas preventivos que trasladen al equipo psiquiátrico fuera de los hospitales y lo coloquen en el seno mismo de la sociedad. A esta nueva modalidad en el campo de la salud mental se la ha llamado psiquiatría comunitaria. (Calderón y Elorriaga, 1975, p. 156-157)

Respecto del alcoholismo se da atención psiquiátrica y se realizan tareas de prevención mediante pláticas y sociodramas en plazas, tianguis, y otros espacios colectivos; para 1981 llevaban realizados 65 sociodramas. Además, en el centro funciona un grupo de Alcohólicos Anónimos, de tal manera que cuando llega un paciente con problemas de alcoholismo, se le dan seis sesiones de terapia individual y luego se le incluye en un grupo de Alcohólicos Anónimos. Si su estado es grave se le envía al Hospital Fray Bernardino Álvarez. El número de pacientes con problemas del alcoholismo captado hasta principios de 1980 era escaso.

Dicha experiencia partió de algunos presupuestos referidos a la relación con la comunidad: dar respuestas a las demandas, tomar en cuenta la racionalidad sociocultural, fomentar la participación sobre todo de tipo horizontal. Esto trató de ser aplicado a grupos familiares, instituciones públicas, grupos vecinales, con la intención de que la comunidad se sensibilizara respecto de la problemática de salud mental y del alcoholismo en particular. Los instrumentos privilegiados en este trabajo tenían por objetivo la educación para la salud. Según Panizza y Mendoza (1983), entre 1980 y 1982 se dieron 1.600

pláticas educativas a 40.400 personas, por medio de pasantes de enfermería, psicología, medicina, trabajo social y sociología, que buscaban, en palabras de Calderón: “Sensibilizar a la población con pláticas o conferencias, incluir en los textos escolares el tema del alcohol y del alcoholismo: cómo se produce, cuáles son sus efectos y qué peligros puede implicar su uso son elementos que han demostrado ser útiles en otros países” (1983, p. 58). Debe recordarse que durante el lapso 1920-1940, pero también durante la década de 1950, las pláticas sobre alcoholismo fueron posiblemente el medio más utilizado en escuelas, fábricas, prisiones y comunidades rurales. Más aún, durante el periodo cardenista (1934-1940) la educación escolar fue utilizada en todas las instancias posibles, y además durante un corto lapso se apoyó en una suerte de mística antialcohólica que operaba en algunos sectores del magisterio rural. Dramatizaciones escritas por maestros y representadas por alumnos frente a sus compañeros, pero también frente a sus padres, fueron, junto con las pláticas, el instrumento más utilizado en la década de 1920 y sobre todo en el lapso 1934-1940. Las características de estas dramatizaciones se construyeron a partir de cada localidad y desde los problemas comunales, y su representación por niños buscó la apropiación por parte de ellos de la negatividad del problema, no solo por la representación hacia los otros, sino por la representación para sí mismos.

Sin embargo, según nuestros informantes no se obtuvieron logros permanentes, sino que el alcoholismo siguió siendo endémico. Con esto no queremos negar la importancia de esta “cruzada” ni los tipos de instrumentos que utilizaron, sino que no se lograron los objetivos, por muchas razones, entre ellas la falta de continuidad de las acciones antialcohólicas. Debe recordarse que fue en 1929 cuando la Secretaría de Educación Pública (SEP) imprimió el manual antialcohólico de Osuna que es, a nuestro juicio, el de mayor calidad publicado sobre el problema en México hasta la actualidad. Pero dicho manual no se aplicó nunca.

En el programa de educación para la salud desarrollado en la década de 1980 en Tlalpan se utilizó el sociodrama como un medio idóneo de sensibilización; el sociodrama se elaboró en base a los problemas detectados en la comunidad, para luego ser representado en los lugares donde el programa estaba siendo aplicado. “La experiencia del Centro San Rafael en este tipo de actividades dentro del programa de alcoholismo ha demostrado ser muy positiva” (Calderón, 1983, p. 59).

El planteo básico es que las acciones comunitarias desarrolladas tanto en las décadas de 1920 y 1930, como las realizadas en la década de 1980 tenían como objetivo no solo que los sujetos y la comunidad tomaran conciencia del problema del alcoholismo, sino a que la comunidad se organizara para

generar, por lo menos parcialmente, soluciones a este problema. Pese a los esfuerzos del Centro San Rafael, sin embargo, la persistencia del problema del alcoholismo y la escasa demanda por parte de la población, evidencian el bajo impacto de estas actividades y experiencias; más aún, no se logró que la comunidad se autoorganizara para actuar contra el alcoholismo. Por lo cual necesitamos reconocer que tanto el conocimiento como la toma de conciencia respecto del alcoholismo y sus consecuencias pueden ayudar a entender el problema, pero no necesariamente a organizarse y resolverlo, ya que saber y solucionar no son procesos idénticos.

Por último, en esta revisión de programas y actividades desarrolladas en México, podemos citar el Programa de Rehabilitación para alcohólicos creado en 1977, y financiado por Petróleos Mexicanos (PEMEX) para sus trabajadores; siendo su periodo de mayor auge a finales de la década de 1970 y principios de la de 1980, para luego entrar en una etapa de debilitamiento. Este programa se creó al margen de la estructura formal de PEMEX; más aún, esta institución tiene servicios de atención psiquiátrica, pero en los mismos no hay detección significativa de alcohólicos ni existe un programa contra este problema. Este servicio paralelo funciona con el nombre de Centros de Superación Humana, en seis lugares del país: Minatitlán, Coatzacoalcos, Poza Rica, Salamanca, Hidalgo, Cadereyta y México DF; y el personal lo constituyen médicos, psicólogos y sobre todo orientadores (ex-alcohólicos), y se trabaja en relación con Alcohólicos Anónimos. La detección de pacientes es baja; y la derivación desde la institución es generada por supervisores más que por el personal de salud.

Al igual que en el IMSS y en el ISSSTE el alcoholismo no está considerado como enfermedad ocupacional, y por eso no hay ninguna vinculación formal entre este centro y los servicios de salud de PEMEX, lo cual se pone de manifiesto en el hecho de que cuando el paciente alcohólico llega en estado grave y/o agudo no puede ser enviado a los hospitales de PEMEX, sino a clínicas privadas. Esta separación trata de evitar problemas legales; pero sobre todo no reconocer el alcoholismo como enfermedad ocupacional, dado que nuestros informantes también lo consideran la principal causa de ausentismo en PEMEX.

El lapso reseñado es el que evidencia la culminación de las tendencias asistenciales y comunitarias respecto del alcoholismo; que comienza con un fuerte empuje organizativo y de recursos, para luego estancarse y concluir evidenciando, salvo alguna excepción, una notoria limitación para abatir o por lo menos aminorar el problema del alcoholismo. No cabe duda que un factor determinante lo constituyen los escasos recursos materiales, humanos y financieros dedicados por las instituciones médicas al alcoholismo. Lo cual

implica recordar que la aplicación de un programa exitoso sobre detección de alcohólicos puede generar en instituciones como el IMSS o el ISSSTE serios cuellos de botella en la atención de los pacientes, y no necesariamente en la atención por alcoholismo. Y así, por ejemplo, en 1981 se estableció un acuerdo entre el Centro Especializado de Prevención y Rehabilitación a las Adicciones (CEPRA) y el Instituto Nacional de la Nutrición para que el primero pudiera enviar cirróticos a la segunda institución, pero por razones de tipo financiero se estableció un cupo de solo veinte pacientes, para no saturar el servicio. Por lo cual, de hecho, la política asistencial que se ha impuesto, y ha evidenciado continuidad, es la de reducir la detección y la consulta de pacientes con problemas de alcoholismo y delegarlos cuando son detectados a las instituciones “unitarias”, lo cual quiere decir casi exclusivamente Alcohólicos Anónimos.

Pero, además de la carencia de programas permanentes, de recursos humanos y materiales, lo que surge con nitidez es que los servicios especializados existentes, pese a ser escasos, no han conseguido generar una demanda por parte de los sujetos y microgrupos con problemas de alcoholismo. Lo cual contrasta con el incremento de los grupos de Alcohólicos Anónimos y de Alcohólicos Anónimos 24 horas¹². Puede afirmarse que, durante las décadas de 1970 y 1980, las actividades de mayor continuidad y expansión —incluso en áreas rurales— serían las realizadas por estos grupos de autoayuda. En 1985 había 7.500 grupos de Alcohólicos Anónimos (700 en el Distrito Federal) con 250.000 miembros. Según Alcohólicos Anónimos 24 horas, en 1988 ellos tenían 97 grupos y habían instalado nueve granjas antialcohólicas en varios estados; además estimaban que anualmente unos 140.000 enfermos participaban y que de estos solo un 10% reincidía en el alcoholismo (*Excelsior*, 1989)¹³.

Desde la década de 1960 las orientaciones asistenciales y/o comunitarias buscaron, a través de diferentes unidades aplicativas —hospitales-granjas, centros de salud con servicios psiquiátricos, comunidades terapéuticas, centros de salud mental— incorporar a la práctica psiquiátrica nacional determinados desarrollos gestados en contextos donde la psiquiatría y la psiquiatría social habían alcanzado una legitimación profesional. La institución, como curativa en sí, mediante la producción de un ambiente terapéutico, la

¹²Hay algunas diferencias significativas entre ambos grupos que ahora no analizaremos. Alcohólicos Anónimos 24 Horas, por ejemplo, no pretende luchar por la abstinencia, sino que propone la moderación en el consumo, salvo para los alcohólicos.

¹³Ajeno a la corrección de estas estimaciones, sobre todo las referidas al porcentaje de no reincidencia, lo que debe remarcar es que estos grupos son los únicos que realmente realizan actividades antialcohólicas en forma continua y específica, pues todas las otras actividades que también evidencian continuidad intervienen a favor del alcoholismo y de la alcoholización. Agreguemos que ALANON en su primera conferencia de prensa, en septiembre de 1988, estimó la existencia de 2.000 grupos en todo el país.

autoayuda comunitaria como determinante en la resolución del problema, la desestigmatización y el impulso de la moral grupal jugaron un papel referencial tanto para las experiencias analizadas como para un conjunto de prácticas que solo por comodidad denominaré antipsiquiátricas. Algunas de estas experiencias se aplicaron en dos instituciones estatales, pero en ambos casos tuvieron muy escasa repercusión en el abatimiento del problema del alcoholismo.

Considero que la función cobrada por el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez constituye en cierta medida un paradigma de este proceso. Construido como eje de un proyecto terapéutico alternativo y diferenciado del asilar, ha pasado a tener cada vez más una imagen asilar tradicional tanto para el personal de salud mental como para la población. En esta institución, que incluso en 1972 creó una unidad de urgencia para pacientes adictos al alcohol y a otras drogas en fase de intoxicación aguda, los alcohólicos no hallaron ni “terapia ambiental”, ni la “institución como comunidad curativa”, ni la autoayuda, salvo a través de Alcohólicos Anónimos. Cabe recordar que especialistas de esta institución, como Patiño, han planteado un radical escepticismo respecto de la posibilidad de que las acciones preventivas a nivel colectivo tengan algún éxito sobre el alcoholismo.

En esta institución no existe un programa antialcohólico, y como en la mayoría de las instituciones se desintoxica al paciente, se le dan sesiones de psicoterapia y se le canaliza a grupos de Alcohólicos Anónimos. Sin embargo, y pese a estas carencias, este hospital constituye el centro de derivación de segundo y tercer nivel no solo para los pacientes de los centros de salud de la SSA, sino para la población amparada por el ISSSTE y, en determinadas circunstancias, del IMSS.

En la práctica, este hospital constituye casi la única institución de derivación a nivel oficial, lo que explica la significación que tiene el alcoholismo como causa de consulta e internación, ya que entre 1972 y 1978 el alcoholismo constituyó el cuarto diagnóstico de consulta externa (8,84% del total) y el tercer diagnóstico de egreso (7,28% del total). Solo neurosis, esquizofrenia y epilepsia en el primer caso y neurosis y esquizofrenia en el segundo tuvieron mayores porcentajes diagnósticos. Pero, además, psicosis alcohólica constituyó el 2,51% de la consulta externa y el 4,72% de los diagnósticos de egresos (Martínez Cid, 1979). Justamente el notable porcentaje de psicosis alcohólica, que llega a constituir la séptima causa de egresos, evidencia que esta institución constituye un lugar de derivación de sujetos en avanzado estado de deterioro, lo cual en el caso del alcoholismo limita aún más las posibilidades de intervención eficaz.

Ahora bien, respecto de la situación de uno de los sectores sociales mexicanos que más me interesan y no solo por ser antropólogo, y me refiero a los grupos indígenas, necesitamos reconocer que no existen prácticamente actividades asistenciales ni preventivas generales ni específicas relativas a esta problemática. El aparato médico-sanitario siempre los ha relegado, y las instituciones específicas como el Instituto Nacional Indigenista (INI) y aún la propia práctica antropológica académica han tendido a negar la existencia de este problema en los grupos étnicos en términos de salud física y mental (Menéndez, 1987, 1988). Esto, por supuesto, no quiere decir que el problema no exista, por lo menos en algunos grupos étnicos, como lo hemos analizado en el segundo capítulo; por el contrario, reiteradamente se señala, pero sin que se generen actividades antialcohólicas. Uno de los mejores conocedores de la situación étnica en Los Altos de Chiapas seguía señalando para mediados de la década de 1970 la continuidad de esta problemática; y así Ricardo Pozas, reseñando el Congreso de Pueblos Indígenas realizado en Chiapas en octubre de 1974, y enumerando los problemas planteados por los propios indígenas, afirmaba: “Los indios tzeltales son los más expuestos a la explotación, al alcoholismo, los préstamos y las manipulaciones para despojarlos de tierras...” (Pozas, 1977, p. 48).

Comentarios similares se siguieron haciendo para otros grupos étnicos y para sectores rurales, en los cuales la investigación antropológica y médica en esta década detecta un alto porcentaje de bebedores “excesivos” (Maccoby, 1965; Romanucci-Ross, 1973; Latorre y Latorre, 1976; Berruecos y Velasco, 1977; De Walt, 1979; Martínez Cid, 1979). Pero subrayando que los estudios antropológicos casi no dan información sobre el papel de los curadores tradicionales en la atención y sanación de los alcohólicos. Solo hacen referencias a que ciertos tipos de alcoholismo son generados por embrujamientos y hechicerías, y que su solución está en deshacer esos “daños”.

Más aún, los centros coordinadores del Instituto Nacional Indigenista, si bien ocasionalmente reconocen el problema, no han desarrollado programas ni siquiera durante la notable expansión de centros generada en la década de 1970 en el INI. Hasta 1970 el INI contaba con diez centros coordinadores, pero a partir de 1971 se generó un notorio incremento de recursos que permitió elevar su número a 58, y en los cuales operaban instancias biomédicas. Algunos de estos centros se situaron en áreas tradicionalmente alcohólicas, pero la información obtenida en trabajo de campo nos permite concluir que ni en el caso de la detección médica, ni en actividades asistenciales, de prevención y de promoción, encontramos interés por esta problemática; reconociendo que a finales de esta década se planteó un proyecto de investigación, pero que no se llevó a cabo por razones presupuestarias. Esta falta

de interés real se observa también en la política de investigación, difusión y publicaciones socioantropológicas de esta institución¹⁴.

Hasta ahora hemos tratado de demostrar cómo a partir de la década de 1950 va desarrollándose una mirada psiquiátrica que reduce el alcoholismo a enfermedad mental, y que psiquiatriza el problema escindiéndolo de las condiciones económico-políticas y culturales que lo sobredeterminan. Cuando señalo esto, no me refiero a las invocaciones de los factores socioculturales, sino a su uso efectivo en las actividades del sector salud. También hemos tratado de evidenciar que una parte del enfoque médico había seguido planteando, sobre todo a través de la cirrosis hepática, una relación causal del alcoholismo con las condiciones socioeconómicas de los estratos sociales subalternos. Y esto debe ser subrayado porque la cirrosis hepática o, si se prefiere, los estudios sobre las funciones hepáticas, constituyen una de las problemáticas esenciales en el desarrollo de la gastroenterología mexicana.

Desde finales del siglo XIX, la medicina nacional mostró un particular interés en dichos problemas, lo cual permitió que a partir de la década de 1940 y sobre todo en la de 1950 se estableciera una corriente sostenida de investigación de notable calidad que llega hasta la actualidad. Flores Espinosa, Sepúlveda, Rojas, Pérez Tamayo, Villalobos, Rojkind, Rivera y Kershenobich, trabajando en el Hospital General y/o en el Instituto Nacional de la Nutrición, generaron un cuerpo de investigación biomédica y trataron de determinar con precisión la causalidad de la cirrosis, así como proponer tratamientos específicos. Como concluye un destacado especialista, “en el campo de la cirrosis hepática la aportación de nuestro país ha sido importante...” (Villalobos, 1989, p. 316).

¹⁴Llama la atención que, durante este lapso, y sobre todo desde 1971, que es cuando se incrementan notablemente los recursos y se genera un visible e importante impulso a la investigación y publicación, no sea abordada esta temática. Puede observarse que de las 16 investigaciones realizadas por becarios del INI entre 1972 y 1976, ninguna estuvo dedicada a problemas de salud/enfermedad/atención, ni a alcoholismo y alcoholización; y lo mismo puede decirse respecto de las 20 investigaciones nacionales publicadas por este instituto. Por otra parte, de los aproximadamente 40 trabajos extranjeros publicados por el INI, ninguno trata la temática del alcoholismo/alcoholización, aunque los materiales de Köhler (1975) y de Flanet (1976) hacen importantes referencias. Esta ausencia es sobre todo notable en las investigaciones estadounidenses publicadas por el INI, ya que nueve de ellas fueron total o parcialmente financiadas por el Instituto de Salud y/o el Instituto de Salud Mental de EEUU. Sin embargo, esta antropología había producido en las décadas de 1960 y 1970, materiales dedicados expresamente al consumo de alcohol en grupos indígenas (Metzger, Wilson, Siverts y otros) que, sin embargo, no se publicaron en México. Y tal vez lo que más evidencia esta tendencia negativa es que la principal investigación sobre alcoholismo realizada sobre grupos indígenas, y me refiero a la de Julio de la Fuente, permaneció inédita hasta que decidimos publicar una pequeña parte de ella en una compilación de textos sobre alcoholismo en México (Menéndez, 1991).

La vinculación entre gastroenterología y psiquiatría en México ha sido más bien limitada entre 1920 y 1960, aún cuando el consumo de alcohol aparece como el determinante de sus objetivos especiales de trabajo, en un caso la cirrosis hepática¹⁵ y, en el otro, el alcoholismo. Ahora bien, considero que el concepto de dependencia ha posibilitado, a partir de la década de 1970, una mayor vinculación entre estas especialidades, en la medida en que por lo menos una parte de los gastroenterólogos no percibían el alcoholismo de los cirróticos como de tipo psiquiátrico, sino en términos “sociales”, mientras ahora pueden vincularlos. Y así uno de los más destacados especialistas mexicanos actuales nos informaba que “antes consideraba que la gente bebía por problemas, pero cada vez más pienso que no. Una parte por lo menos bebe compulsivamente por dependencia al alcohol”. La “biologización” de la psiquiatría permitió una mayor vinculación con la investigación gastroenterológica, aún cuando ambas biologizaciones pueden conducir a un “olvido creciente de la importancia de las condiciones no biológicas que operan en la causalidad y sobre todo en el desarrollo de estos padecimientos”.

La investigación sobre cirrosis hepática se ha orientado en México hacia la posibilidad de encontrar algún tipo de droga que intervenga con eficacia en el nivel biológico. Desde esta perspectiva, el trabajo más prometedor es el dirigido por Rojkind, quien ha venido probando, desde mediados de 1970, el efecto de la colchicina en el metabolismo de la colágena. Se ha aplicado la droga a cien pacientes controlados, y se encontró con que era eficaz en más de un 50%, lo que implicaría que el tratamiento disminuye el desarrollo de este padecimiento. En cierta medida el énfasis en lo biológico conduce a que las vinculaciones con la psiquiatría sean de tipo operativo, pero con escasa colaboración en el desarrollo de investigaciones y/o programas de atención y prevención. Esta tendencia participa de una de las orientaciones dominantes sobre todo en EEUU, la cual en la década de 1980 crecientemente investiga al alcoholismo como un desorden de origen genético, y la teoría de la dependencia puede ser fácilmente orientada hacia esa interpretación.

Ahora bien, ya se ha señalado que los médicos generales tienen problemas para la detección oportuna del alcoholismo, aunque esto también ocurre en la consulta especializada, ya que el problema del alcoholismo es frecuentemente detectado en términos de cirrosis hepática avanzada dado que, como concluye un especialista “es cuando nos damos cuenta del problema”. Como señala Kershenovich: “Los médicos solo diagnostican a uno de cada diez

¹⁵Es importante señalar que durante el siglo XIX y primeros años del siglo XX, diversos cuadros gastrointestinales fueron relacionados con el alcoholismo por la medicina mexicana, especialmente en lo referente al consumo de pulque.

alcohólicos, siendo que entre el 15% y el 55% de los enfermos hospitalizados en algún momento lo son, y que aproximadamente el 25% de las hospitalizaciones son por causas directas o indirectas del alcohol” (1983, p. 143).

El grado de imprecisión que opera en el trabajo médico con estos problemas funciona también a nivel de especialidad. La revisión histórica de las interpretaciones etiológicas y de los tratamientos específicos indica esta situación, que sigue siendo vigente. Ya presentamos algunos datos que informan sobre la continua revisión generada respecto de la relación nutrición-alcoholismo-cirrosis hepática, proceso que aún no tiene conclusión. También señalamos que las escuelas de medicina europeas y estadounidenses tienden a detectar cirróticos en forma diferencial; e investigaciones puntuales siguen evidenciando en forma creciente el papel patógeno del consumo de alcohol contra la tendencia histórica médica a restarle importancia. Así, uno de los más importantes especialistas nacionales concluía: “Se señala que de diez alcohólicos reconocidos, solo dos desarrollan lesiones hepáticas de importancia clínica; esta cifra quizás deba revisarse, en vista del reciente estudio de Kershenovich *et al.*, quienes examinaron con una batería de pruebas de funcionamiento hepático y biopsia de este órgano a un grupo de 100 sujetos alcohólicos sin manifestaciones clínicas de hepatopatía y encontraron que 40% ya mostraba signos de daño avanzado (Pérez Tamayo, 1982, p. 49).

Pero estos reconocimientos médicos no son aplicados por falta de programas especiales que permitan enfrentar el problema tanto a nivel general como de las instituciones que, como el IMSS, evidencian una mortalidad creciente de sus derechohabientes por cirrosis hepática. Reconocimientos que, en los últimos años, atribuyen cada vez más la cirrosis hepática a la hepatitis C, lo que tiende a reducir la relación entre alcohol y cirrosis hepática.

Hacia un posible programa médico contra el alcoholismo

Como ya lo señalamos, entre 1917 y la década de 1940 las actividades antialcohólicas no estaban monopolizadas por el sector salud; por el contrario, en ellas participaba protagónicamente el sector educativo. A partir de la década de 1940 y, sobre todo, de 1950, el saber médico se apropió, por lo menos en teoría, del problema. Esto por supuesto no supone ignorar que en el lapso anterior el aparato médico-sanitario era el encargado de coordinar las actividades contra el alcoholismo; lo que se quiere señalar es que, a partir de 1950, la orientación dominante será asistencial y el alcoholismo será reducido a enfermedad mental. Esto significa un cambio radical respecto del periodo

“revolucionario” durante el cual el alcoholismo fue definido básicamente como problema social y económico.

Mientras durante el periodo revolucionario algunos de los principales líderes políticos como Múgica, Calles o Cárdenas atacaron determinados intereses económicos y económico-políticos organizados en torno al alcohol, y que sobre todo referían a la producción pulquera dado que estaba en manos de la clase alta porfiriana contra la cual se gestó la revolución, sin embargo, a partir de la década de 1940 la creciente hegemonía biomédica, por una parte, y la protección a la producción cervecera, por otra, tendieron a secundarizar el papel de dichos intereses económicos, al ir convirtiendo el alcoholismo en un problema exclusivamente de enfermedad. Pero esta nueva orientación no generó nuevos recursos médicos ya que siguieron siendo escasos, discontinuos e ineficaces. Y por el contrario la desaparición de la crítica económico-política e ideológica, y el desplazamiento del sector educativo favoreció el incremento de la alcoholización tal como, de hecho, ocurrió; sobre todo a partir de la década de 1950.

Este proceso se expresa en gran medida en la casi desaparición de actividades antialcohólicas entre 1950 y 1979 en el sector educativo. Dado que de constituir un sector estatal comprometido no solo con la difusión antialcohólica a nivel escolar, sino también comunitaria, y de impulsar la investigación y la publicación de libros y folletos, pasó a disminuir cada vez más sus actividades hasta su casi desaparición. Actualmente, en la Secretaría de Educación Pública (SEP) no existen programas antialcohólicos, ni en la práctica escolar cotidiana, ni a través del Departamento de Higiene Escolar, lo cual corroboramos en las entrevistas que hicimos en las escuelas localizadas en el área de nuestra investigación.

Si bien reconocemos la necesidad de una división del trabajo entre los sectores estatales, resulta poco inteligible, en términos operativos, esta ausencia de la SEP en la lucha contra el alcoholismo, lo que memorizaba el periódico *El Día* en 1985: “La escuela mexicana durante 1920-1940 batalló duramente contra el alcoholismo y obtenía resultados satisfactorios. Lo interesante es que no había una disposición específica en las leyes y códigos que recetara la lucha contra el alcohol. Sin que la ley lo ordenara, los maestros de escuela primaria, sobre todo en el medio rural, encabezaban una campaña permanente contra el alcoholismo”.

Si asumimos la creciente expansión del consumo de alcohol en la mayoría de los grupos etarios, incluidos adolescentes de ambos sexos; si asumimos que son los niños en los periodos tardíos de la primera infancia y en la segunda infancia quienes tienen más horas de exposición a mensajes televisivos, y si además observamos que siguen constituyendo los grupos etarios de mayor

crecimiento demográfico, dicho silencio aparece aún más incomprensible en términos de educación y salud, aunque muy coherentes con los intereses en términos económicos privados y estatales.

Podemos concluir que la revisión de las políticas nacionales hacia el alcoholismo entre 1950 y 1980 evidencia la inexistencia de políticas, y sobre todo de actividades eficaces, lo cual ha sido reconocido por los principales especialistas mexicanos tanto a nivel salubrista como clínico. En una revisión de las medidas antialcohólicas llevadas a cabo por el sector salud entre 1917 y 1973; Bustamante, uno de los más importantes salubristas mexicanos, concluye: “Hasta ahora [las medidas] han fracasado para disminuir o controlar los excesos de la propaganda de alcoholización [...]; han quedado sin aplicación la Ley de Trabajo y los reglamentos federales, así como los pocos reglamentos estatales que de ello [la reducción del alcoholismo] se ocupan.” (1974, p. 238). Por su parte, uno de los principales especialistas mexicanos en alcoholismo y en salud mental comunitaria señalaba: “Aunque se han realizado en varias ocasiones pequeñas y efímeras campañas en contra del alcoholismo y los accidentes de tránsito que origina manejar en estado de ebriedad, lo aislado y parcial de las mismas han impedido su efectividad” (Calderón, 1981, p. 268).

Por último, Elizondo, una de las figuras clínicas más relevantes respecto del alcoholismo en términos de salud mental, enumerando las actividades antialcohólicas de las principales instituciones del sector salud, concluía:

- a) No existen políticas unificadas para los programas de prevención, tratamiento y rehabilitación que dan estas instituciones; b) no existen criterios homogéneos respecto del concepto de enfermedad, diagnóstico, pronóstico y estrategias terapéuticas a seguir; c) la mayor parte de las unidades hospitalarias de estas instituciones se concretan a desintoxicar al alcohólico y tratar las complicaciones orgánicas de su alcoholismo [...]; g) prácticamente ninguna de las instituciones cuenta con servicios especializados integrales para rehabilitación de alcohólicos. (Elizondo, 1983, p. 80)

Si observamos el desarrollo de las políticas antialcohólicas en México podemos enumerar toda una serie de actividades que en determinado periodo tuvieron vigencia. Las más destacadas son las siguientes: a) medidas fiscales caracterizadas por el continuo aumento de tarifas impositivas respecto de las bebidas alcohólicas; b) prohibición o limitación de venta de bebidas alcohólicas según edad, sexo, horario, días especiales, tratando de reducir la disponibilidad y acceso a las bebidas alcohólicas; c) campañas educativas; d) impulso al consumo de determinadas bebidas consideradas de “moderación”;

e) propuestas de actividades sustitutivas, en particular deportivas y sociales; f) medidas asistenciales-hospitalarias; g) grupos de autoayuda; h) control y limitaciones horarias en la publicidad de los remedios masivos, así como la limitación o prohibición de imágenes “falsas”; i) salvo un breve lapso en la década de 1930, no se han planteado medidas de tipo prohibicionistas, y en general se las considera contraproducentes.

Las medidas realmente aplicadas y de mayor continuidad han sido las a), d) y g); las dos primeras a cargo del Estado y la tercera de la propia población. Las otras medidas se han aplicado parcialmente, y son transgredidas cotidianamente, pero las mismas no han logrado reducir el incremento de la producción y del consumo de bebidas alcohólicas. Y así, por ejemplo, desde la década de 1960 se ha venido denunciando el continuo aumento de la publicidad de bebidas alcohólicas, lo cual condujo a la promulgación de disposiciones sanitarias limitativas o directamente prohibitivas. Sin embargo, prácticamente todas las obligaciones han sido violadas; no se han respetado limitaciones de horario, de tiempo de transmisión, de público al que va dirigido, de contenido asociativo, etc. Más aún, la publicidad ha ido en incremento y constituye uno de los principales rubros de ingresos de los medios masivos de comunicación, en particular de la televisión (Instituto Nacional del Consumidor, 1981, 1982, 1986).

Nuestra revisión de las políticas y actividades respecto del alcoholismo entre 1950 y 1979 ha evidenciado la ineficacia de las actividades antialcohólicas llevadas a cabo hasta ahora por el sector salud, considerando que nuestro análisis verifica lo sostenido al principio de este texto, es decir, que operan tres condicionantes que explican tanto el desarrollo de la alcoholización como la ineficacia del modelo médico hegemónico.

En primer lugar, tenemos las condiciones económico-ocupacionales, recordando que las bebidas alcohólicas constituyen históricamente, en México, una de las principales fuentes de ingresos para el gobierno desde el periodo colonial; lo que actualmente se sigue observando a través de su significación en la recaudación fiscal. La incidencia en la estructura ocupacional en áreas rurales y urbanas es decisiva en algunos estados mexicanos, de tal manera que su reducción y/o eliminación se traduciría en un notable aumento de la desocupación como, de hecho, ocurrió con la declinación de la producción de pulque que empobreció determinadas zonas del centro de país. La dinámica económica de la producción alcohólica coloca a algunas empresas entre las de mayor relevancia del sector industrial, incluido el impresionante gasto en publicidad, ya que hasta ahora ha sido el mayor en términos comparativos con cualquier otro producto. Estos factores han sido recurrentemente señalados (Osuna, 1929; Fabila, 1951; Buentello *et al.*, 1969;

Bernal, 1983); incluso se sostiene que hasta ahora “...las medidas administrativas y legales que regulan el consumo de alcohol en México tienden más a favorecer su incremento que su restricción” (Campillo, 1982).

Más aún, en un trabajo que revisa el estado de salud de los mexicanos, y que fue escrito por un secretario de Salud junto con otros dos especialistas, se concluye:

No parece que nuestro país esté en condiciones, a corto plazo, de aceptar semejantes utopías (reducir la producción y comercialización de bebidas alcohólicas); los intereses económicos involucrados en la industria que produce bebidas embriagantes son demasiado poderosos y la cadena de distribuidores demasiado extensa como para que cualquier restricción en el libre mercado del alcohol se vea frenada por la más enérgica y eficaz de las oposiciones casi siempre formuladas “en defensa” de la libertad individual y del ser humano. (Kumate, Cañedo & Pedrotta, 1977, p. 271)

Las condiciones socioculturales suponen reconocer la significativa integración de la ingestión colectiva, pero también individual de bebidas alcohólicas, en términos sociales y culturales, que en numerosos sectores convierte en extremadamente difícil la limitación del consumo de bebidas alcohólicas, incluso hasta el estado de ebriedad. La multifuncionalidad del consumo de alcohol es parte de la estructuración de relaciones sociales que operan a nivel comunitario, vecinal y de microgrupos que debe ser tomada en cuenta en términos de especificidad y no de generalidad. Las políticas antialcohólicas, desde esta perspectiva, no pueden ser homogeneizantes, sino reconocer la diversidad de opciones a los patrones dominantes de alcoholización. Debe asumirse en toda su significación la funcionalidad sociocultural del consumo de alcohol, frecuentemente articulada con la funcionalidad económico-ocupacional en numerosos contextos mexicanos¹⁶.

Por último, gran parte de la información analizada para México confirma las limitaciones de la biomedicina para actuar eficazmente respecto de la etiología, del diagnóstico, de la curación y de la prevención del alcoholismo, y si bien los tres condicionantes señalados operan sinérgicamente, en este texto

¹⁶El actual desarrollo de los grupos de Alcohólicos Anónimos en el medio rural mexicano, pero sobre todo el notable incremento de organizaciones religiosas activamente antialcohólicas, implican la necesidad de describir en profundidad y analizar el significado de esta conversión referido al desarrollo social e ideológico de prácticas antialcohólicas. Debe indicarse también que la pertenencia a credos religiosos antialcohólicos no significa necesariamente que no se consuma alcohol (Menéndez, 1987).

hemos colocado el acento en el papel que cumplen la biomedicina y el sector salud. De allí que me interesa subrayar que, pese a la crisis, limitaciones y/o fracasos de la orientación médica, incluida la psiquiátrica, en el abatimiento de este problema, reiteradamente se la vuelve a plantear en términos exclusivamente médico-asistenciales.

Ahora bien, varios autores asumiendo parte de las críticas señaladas, han colocado en 1977 el año de arranque de una actividad específica y continua respecto de los problemas de salud mental y sobre el alcoholismo en particular. Y así el Dr. Rico proponía que:

Un fenómeno manifiesto en el campo de la salud mental institucional fue que los programas desarrollados para combatir el alcoholismo consistían en acciones aisladas de grupos de personas entusiastas, que centraban sus esfuerzos en la atención de enfermos alcohólicos, pero sus actividades se veían coartadas en el momento que se requería de la participación de otras unidades, que dentro del mismo sector público no compartían su entusiasmo, situación que generó la pérdida del interés en este campo, delegando la responsabilidad del problema a grupos particulares o de autoayuda como única alternativa. A partir del año de 1977, se conjugan diversos factores económicos, científicos y sociales y es posible plantear a nivel institucional alternativas viables para la atención de la salud mental y del alcoholismo (Rico, 1983, p. 89)¹⁷.

Sin embargo, en la revisión del modelo de atención institucional al alcoholismo, el autor plantea las dificultades que existen para llevar a cabo un programa de este tipo. Ubica las principales dificultades en la carencia de recursos económicos y humanos idóneos, la escasa preparación específica del personal médico y paramédico, y la baja demanda de atención por parte de las personas con problemas de alcoholismo, ya que entre 1977 y 1979 los alcohólicos constituyeron los pacientes con el menor número de consultas en los servicios de salud mental de los centros de salud, con solo un 4% del total de consultas. Más aún, Rico reconoce que incluso el segundo nivel de atención “...en la actualidad se encuentra en proceso de estructuración, viendo muy limitado el número de servicios en operación” (1983, p. 92).

¹⁷El autor era, en ese momento, jefe del Departamento de Coordinación y Supervisión de la Dirección General de Salud Mental de la SSA.

Otros datos corroboran estas conclusiones; no solo la demanda en los servicios psiquiátricos es baja, sino que tendería a disminuir en todas las instituciones. Las experiencias del CAAF, del CEPRA, de los centros de PEMEX, del ISSSTE, etc., avalan esta conclusión. Pero además hay que recordar las dificultades para la derivación de cirróticos y/o psicóticos a un tercer nivel de atención, así como la saturación de los servicios de urgencia y de gastroenterología. Asumiendo además que en las primeras instituciones entre el 37% y el 80% de los demandantes serían alcoholizados, y que en los servicios de gastroenterología entre un 30% y un 50% de los pacientes serían cirróticos.

En consecuencia uno de los problemas más graves es la saturación de los servicios oficiales de tercer nivel hacia donde canalizar los cirróticos, lo cual observamos en nuestra investigación en cuatro colonias del sur de la ciudad de México, donde comenzamos a detectar cirróticos, y cuando lo comentamos con uno de los principales especialistas del Instituto Nacional de la Nutrición nos preguntó “¿Y adonde piensan derivar a los cirróticos, dado que todos los servicios están saturados?”, connotando con ello una suerte de irresponsabilidad en nuestra manera de encarar el problema, es decir, planteando que dada la casi imposibilidad de hospitalización de los cirróticos pobres, mejor no detectarlos, lo cual es también parte de la manera de pensar la asistencia por parte de los especialistas de tercer nivel.

Entre las limitaciones citadas por Rico hay una que reiteradamente es ponderada por el sector salud, y también reiteradamente relegada. Nos referimos a la actitud de los conjuntos sociales alcoholizados —y no alcoholizados— respecto de la atención-prevención antialcohólica. Según este analista, aún cuando el modelo de atención en tres niveles “...ha sido aceptado en sus distintas facetas ampliamente por la comunidad [sic], al ofrecerle una alternativa a la problemática por ellos detectada en el campo de la salud mental en lo referente al alcoholismo, no ha mostrado hasta el momento actual todas sus bondades y beneficios, situación que se ve reflejada en la baja incidencia como motivo de consulta” (1983, p. 95).

La escasa demanda de atención antialcohólica ha sido reiteradamente reconocida pero, que sepamos, no se han hecho las investigaciones que permitirían establecer en México las causas de esa baja demanda, además de atribuirle a las características del tipo de paciente. Si bien dichas características juegan un importante papel, deberían ser incluidas en la explicación las condiciones institucionales de la atención a dicho tipo de paciente, así como el “rechazo médico”. Pero, además, debería ser incluida la relación institución-paciente alcohólico dentro de un proceso de alcoholización, en el cual tienen intervención decisiva tanto los procesos económico-políticos como los socioculturales. Una cosa es señalar los rasgos negativos del alcohólico y

otra muy distinta trabajar con la racionalidad social, ideológica y económica del sistema en el cual opera el proceso de alcoholización.

Pero esta es otra historia...¹⁸, y parte de esta historia es este trabajo, así como parte de esa historia es el Programa contra el Alcoholismo propuesto por la secretaría de Salud en 1986. Las posibilidades de este programa podían ser parcialmente previstas, y su decurso real ha ido evidenciando las limitaciones estructurales y coyunturales que interfieren en su desarrollo. Y es esta historia la que vamos a contar ahora.

¹⁸Esta afirmación no desconoce que el sector salud se ha preocupado en distintas oportunidades por obtener y procesar información, aún cuando fuera secundaria, sino subraya que la obtención de la misma, su análisis y su implementación no se observan en los programas y actividades antialcohólicas. En la búsqueda y codificación de información operan serias discontinuidades; y así, por ejemplo, el primero de enero de 1976 se creó, con apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, el Centro de Documentación sobre Alcoholismo y Abuso de Alcohol en la UAM-Xochimilco. Sus objetivos eran: “recopilar, seleccionar y transmitir conocimientos; mantener un alto nivel de información entre el personal del programa y las instituciones educativas y de investigación; reunir datos históricos, psicológicos, económicos, legales y culturales acerca del alcoholismo y del abuso del alcohol como base para iniciar la investigación epidemiológica” (Organización Panamericana de la Salud, 1977b, p. 361). Por desgracia parece ser que el centro se clausuró tempranamente pero, además, cuando al iniciar nuestro proyecto “Proceso de alcoholización en México” tratamos de consultar el material existente, nos asombró la casi inexistencia de información sobre México. Nuestro proyecto se propuso entonces la realización de una bibliografía específica sobre alcoholismo y alcoholización que logró captar alrededor de 1.900 referencias bibliográficas para el lapso 1930-1979 (Menéndez, 1988).

Capítulo 6

Las limitaciones técnicas e ideológicas de un saber profesional

Doctor: Estoy convencido de que se ha cometido un acto de violencia, pero la cuestión que se plantea ahora, es si se trata de una explosión de ira o de locura.

Pastor: ¡Bueno, pero aunque prescindamos del arrebató en sí, tendrá que convenir en que tiene ideas fijas!

Doctor: ¡Si pastor, pero pienso que las ideas de usted son más fijas todavía!

August Strindberg, 1887

Las tendencias de los organismos internacionales de salud y las evidencias nacionales sobre las consecuencias negativas de los usos del alcohol crearon la necesidad de construir un programa específico respecto del alcoholismo en las décadas de 1970 y 1980. ¿Pero respecto de quiénes, y con quiénes, se llevaría a cabo dicho programa? Si la primera parte de la pregunta es de difícil respuesta, dadas las características analizadas, la segunda presenta también serias complicaciones de índole técnico-profesional. En un nivel manifiesto, la solución parece sencilla: se harán cargo del problema los miembros del equipo de salud, pero, ¿cuál es su formación teórica y práctica como para poder enfrentar con alguna eficacia este problema? y lo que no es menos importante, ¿cuáles son sus representaciones sociales y técnicas respecto del alcoholismo, de los alcohólicos y del proceso de alcoholización?, así como ¿cuáles son sus relaciones personales y colectivas con el alcohol?

Entre 1981 y 1984 realizamos la primera fase de una investigación que buscó obtener información sobre el saber y la ideología que manejan los médicos y paramédicos en su acción directa con las consecuencias negativas del consumo de alcohol. Para ello se entrevistaron, encuestaron y observaron grupos institucionalizados de trabajadores de la salud, tanto en los niveles aplicativos como en los normativos, tratando de que el conjunto de los que operaban en los niveles aplicativos realizara sus actividades respecto de una misma área ecosocial. En el caso de los médicos, trabajamos con internos de quinto año de la carrera de medicina de la Universidad Nacional Autónoma

de México (UNAM); con pasantes de medicina de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco (UAM-X), con médicos comunitarios de la SSA; con médicos generales y familiares de unidades del ISSSTE y del IMSS; con médicos privados; con médicos que operan en el segundo y el tercer nivel de atención de instituciones de seguridad social; con profesionales especializados en psiquiatría y psicología del alcoholismo, y con miembros de los sectores normativos de la SSA y de instituciones de seguridad social.

Del material obtenido surge un conjunto estructurado de representaciones sociales, así como de prácticas dominantes respecto del alcoholismo, los alcoholizados y la propia práctica profesional, que permiten observar cómo esas representaciones y prácticas expresan no solo las limitaciones técnicas del equipo de salud, sino también la construcción ideológica generada para poder “rechazar”, “negar”, “secundarizar” o racionalizar este problema. Las limitaciones teóricas y técnicas se verifican en las representaciones y prácticas técnico-ideológicas que los médicos utilizan consciente y no conscientemente respecto del alcoholismo (Menéndez & Di Pardo, 1989).

La representación social médica de un proceso de salud/enfermedad/atención-prevención

Si bien todos los grupos analizados reconocen al alcoholismo como problema, ninguno, salvo el de los psiquiatras, lo consideran como prioritario a nivel de la comunidad, ni de las instituciones de salud. Se lo identifica como un problema frecuente, extendido y grave, pero secundario respecto de problemas como la pobreza y la desocupación, la carencia y/o déficit de los servicios básicos, y la incidencia de padecimientos infectocontagiosos. En el caso de los especialistas en salud mental, no solo lo consideran como la principal “patología social” para México, sino como un grave y extendido problema en instituciones como el IMSS y el ISSSTE.

Cuando preguntamos qué es alcoholismo, el conjunto de los médicos tiende a definirlo en términos de dependencia y/o de enfermedad, y solo un grupo lo define como problema social. Pero el conjunto de la información obtenida indica que esta definición está pensada básicamente para un sujeto que padece alcoholismo crónico, que presenta un avanzado deterioro, o que está caracterizado por frecuentes episodios de ebriedad. Pero ocurre, y lo subrayo, que del conjunto de las representaciones sociales propuestas por los médicos surge que lo tratan mucho más como problema social que como enfermedad.

En consecuencia, si bien enfermedad y dependencia son los conceptos que emplean los entrevistados para definir al alcoholismo en forma intencional, el conjunto de la información obtenida tiende a representar el alcoholismo en términos de problema individual referido a condiciones sociales. Más aún, la conducta alcohólica de los bebedores no dependientes es observada por los entrevistados en términos sociales y morales. Y no debemos olvidar que la mayoría de las consecuencias negativas que se generan a partir del uso del alcohol no son producidas por alcohólicos dependientes, sino por los alcoholizados.

Todo el discurso médico expresa falta de precisión e indefinición, y ello incluso para uno de los conceptos nucleares, como el de dependencia. Pero esto no solo se expresa en la definición del alcoholismo, sino en las propuestas de clasificación y sobre todo en la cuestión diagnóstica y en los tratamientos. Este déficit debe ser relacionado con dos hechos, la escasa formación profesional y la escasa experiencia médica con sujetos que los propios facultativos definen como “alcohólico problema” o “excesivo”. Tanto los pasantes de medicina como de psicología comienzan a atender a los alcohólicos con fuertes estereotipos negativos pero, además, y esto debe ser subrayado, solo comienzan a atender alcohólicos intoxicados, crónicos o con alto nivel de deterioro. Y es este tipo de paciente al que luego seguirán “curando”.

Pero esta situación se refuerza por la muy escasa detección de casos de “alcohólicos problemas”, porque la casi totalidad de ellos son intoxicados o sujetos en avanzado deterioro, y porque los que no se presentan de esta manera suelen ser derivados a otros servicios sin antes profundizar en las estrategias de tratamiento.

Los médicos privados que trabajan directamente en los barrios y colonias son los que más casos de alcoholismo detectan y atienden. Factores de tipo económico, de localización y tiempo, así como una imaginaria mayor privacidad favorecen esta situación. No obstante, al igual que el resto de los profesionales, solo detectan intoxicados y casos avanzados y/o terminales. Estas conclusiones deben ser extendidas también a los especialistas del segundo y el tercer nivel de atención, y en este caso aún en forma más acusada, pues la mayoría de los pacientes que atienden son derivaciones de médicos generales, familiares y/o de médicos del servicio de gastroenterología.

En nuestro trabajo de campo pusimos especial atención en la obtención de información sobre los indicadores diagnósticos utilizados por estos profesionales y por eso formulamos una estrategia de obtención de información por medio de varios ítems complementarios. De la información analizada surge que no solo hay falta de precisión y gran dispersión en los indicadores utilizados por los facultativos, sino que nuevamente se refieren casi

exclusivamente a un paciente dependiente, crónico, intoxicado o terminal. Y esto opera también para los especialistas en alcoholismo. La práctica médica general, pero también la especializada, ya sea la psiquiátrica o la gastroenterológica¹, demuestran que no pueden formular indicadores para establecer en la práctica un diagnóstico temprano y oportuno; pero también que no pueden diagnosticar “alcohólicos problema”, ni “alcohólicos excesivos”, ni sujetos con “problemas de alcoholismo”, ni tampoco cirróticos en fase inicial o media. Desde esta perspectiva puede afirmarse que no opera la tendencia a sobrediagnosticar, con la cual algunos autores caracterizan al modelo médico hegemónico.

Esta situación es reconocida por una parte de los médicos, y las limitaciones suelen ser atribuidas a dos hechos; en primer lugar, a las características del paciente alcohólico, y en segundo, a la propia formación técnico-profesional. Aun en aquellos grupos profesionales que dicen no tener problemas a nivel intencional y manifiesto —como es el caso de los médicos privados—, al analizar el conjunto de las respuestas queda claro que “no tienen problemas para diagnosticar a ebrios o cirróticos avanzados” pero sí respecto de los denominados “alcohólicos problema”.

Es esta indeterminación e imprecisión diagnóstica la que convierte al familiar, y sobre todo a la esposa o a la madre del alcohólico, en el principal instrumento de detección, de transmisión de información, de queja y, según algunos facultativos, de interferencia. La mujer —y esto lo retomaremos luego— cumple un papel central en todo este proceso de alcoholización, dentro del cual el proceso salud/enfermedad/atención-prevención constituye una parte sustantiva, pero que solo puede ser entendida en la relación dinámica de los conjuntos sociales. El saber médico ha ido aprendiendo que el alcoholismo se da en todas las clases sociales; que es un problema nacional, que está incrementándose en mujeres, y que no puede ser reducido al “alcoholismo en sí”, pero lo cierto es que la representación médica dominante sigue teniendo un contenido que remite a la representación social tradicional del sujeto con problemas de alcoholismo.

Ahora, si bien a nivel manifiesto los médicos señalan que el alcoholismo se da en todas las clases sociales, sin embargo, cuando los facultativos describen al alcohólico, lo hacen básicamente a través de un sujeto del sexo masculino,

¹Si bien en la presentación de los datos no aparece información sobre este tipo de servicios, durante nuestro trabajo de campo obtuvimos información de tres servicios de gastroenterología relacionados directa e indirectamente con nuestra área de trabajo. En las entrevistas pudo constatar la carencia de indicadores que posibiliten un diagnóstico oportuno y temprano de cirrosis hepática.

perteneciente a los estratos socioeconómicos bajos, frecuentemente migrante rural, que se caracteriza por la situación de desempleo intermitente y cuyas ocupaciones son manuales y muy preferentemente relacionadas con la industria de la construcción; de tal manera que los albañiles aparecen como un sujeto entrañablemente relacionado con el alcohol. También se lo caracteriza con un bajo nivel de escolaridad y por una situación de marginalidad urbana. Como paciente es representado como un sujeto que tiene frecuentes episodios de ebriedad y en el cual la recaída es considerada parte intrínseca de la enfermedad. Este sujeto niega su situación de enfermo, evita la consulta médica y no cumple el tratamiento. El equipo de salud tiende a percibir a este paciente como “pobre”, o por lo menos con problemas de precariedad e inestabilidad económica, lo cual se expresa en dos comportamientos recurrentes: no da dinero para el gasto familiar y desencadena frecuentes episodios de violencia intrafamiliar. Es este el sujeto que el médico detecta, que no trata o trata poco y que en su experiencia no cura, o al que solo cura lo reparable, es decir, lo “no alcohólico”.

Frente a este padecimiento y a este enfermo, el trabajo médico consiste primero en desintoxicar, reparar lo físicamente reparable (heridas, golpes, sangrados), y luego dar pláticas de concientización y derivar a Alcohólicos Anónimos; o a un servicio especializado, si está en fase media o terminal de cirrosis hepática o con delirios o situaciones de no contención. El médico general hace la primera parte y el especialista y/o Alcohólicos Anónimos la segunda. Pero, como lo señalan los entrevistados, no existen servicios anti-alcohólicos de derivación y/o están saturados, por lo cual “solo queda Alcohólicos Anónimos”, salvo en el caso de la cirrosis hepática, pero los servicios también están saturados.

Sobre todo en el capítulo quinto, pero también parcialmente en otros, describimos el proceso de discontinuidad que opera en algunos servicios especializados en alcoholismo, que incluso llevó a la eliminación de algunos o a mantenerse con un funcionamiento precario. Este no es un fenómeno fortuito, sino una constante, de tal manera que la invocación a la prevención y a la promoción, así como a la concientización, no pasa de ser frecuentemente eso, una invocación, más allá del notable esfuerzo desarrollado por algunos servicios durante un lapso determinado. Pero, en esta invocación suele operar una notoria incongruencia; ya hemos subrayado la notable confianza depositada por el conjunto de médicos en la concientización de la población, lo cual refiere a un “paciente” y a una “enfermedad” que la propia interpretación médica caracteriza por la constante e inveterada negación de su problema. El alcoholismo es negado como tal por la comunidad, y sobre todo por el propio sujeto alcoholizado; y si además asumimos que el concepto de dependencia

remite a una compulsión a beber que no puede ser controlada por el sujeto, nos encontramos con que la posibilidad de concientización y de eficacia resulta por lo menos dudosa a partir de las propias experiencias médicas.

Además, del conjunto de los entrevistados surge una suerte de trivialización en el uso de la psicoterapia, lo cual debe ser por lo menos replanteado. Frecuentemente la psicoterapia aparece identificada con la educación para la salud y correlativamente con el fracaso de las terapias de tipo psicoanalítico respecto del sujeto alcohólico. Pero estas constataciones, no por ciertas, generan alternativas eficaces. No conocemos evaluaciones realizadas respecto del papel cumplido por la educación y la concientización en el tratamiento y prevención del alcoholismo entre nosotros.

La discontinuidad y la escasez de acciones, o las limitaciones técnicas, no evitan que el 70% de todos los profesionales entrevistados y encuestados consideren curable al alcoholismo; solo una pequeña fracción plantea la incurabilidad, y el resto lo considera no curable pero controlable. Posiblemente sea en esta característica donde la estructura ideológica del modelo médico hegemónico opere con mayor fuerza, dado que esta representación no se corresponde con la propia experiencia médica, en la medida en que la misma evidencia un escaso número de éxitos terapéuticos.

Ya hemos señalado que la historia médica del alcoholismo es una historia de sucesivas técnicas desechadas cuyo resultado actual es hasta el momento la incertidumbre teórica, la escasa curabilidad, y la dispersión de técnicas cada vez más sencillas. Pero también hemos dicho que esto no opera respecto de cualquier problemática, sino de un proceso de alcoholización que en México convierte a sus consecuencias en algunas de las primeras causas de mortalidad general y en las primeras de mortalidad en la denominada edad productiva, además de toda una serie de consecuencias relacionadas con la violencia, la depresión o el “cansancio de vivir”, como acotó un psiquiatra.

Que el problema sea secundarizado hasta límites poco entendibles por las encuestas epidemiológicas² no significa que no exista; que gran parte de la práctica médica excluya a los alcohólicos en la medida que no maneja tratamientos eficaces para la mayoría de los tipos de alcohólicos, es comprensible ya que, como concluyó un entrevistado, “más vale no hablar, ni mover el aire respecto de lo que no tiene solución”. Pero lo sorprendente es que para problemas que hasta ahora no tenían ni tienen solución y que, comparados

²Así, en la reciente Encuesta Nacional de Salud (1988) realizada por la Dirección de Epidemiología de la Secretaría de Salud puede comprobarse que no se detectó cirrosis hepática entre los padecimientos crónicos; lo cual es difícil de entender a partir de los datos que manejan sobre todo las instituciones de seguridad social y, especialmente, el IMSS.

con el alcoholismo, prácticamente no constituyen problema para México, como es el caso de las otras “adicciones”, se evidencia una preocupación y se genera una inversión en recursos que el problema del alcoholismo nunca pudo usufructuar.

Esta falta de intervención llama además la atención en términos técnicos, porque problemas como el VIH-sida o el programa de planificación familiar fueron planteados, en gran medida, a través de la modificación de comportamientos sociales y de prácticas culturales, es decir, una de las posibles estrategias a utilizar respecto del alcoholismo. Pero mientras que los dos primeros programas —y sobre todo el de “control de la natalidad”— contaron con recursos, el programa contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas se han caracterizado por su carencia.

¿Qué es lo que puede explicar una política de salud que no actúa respecto de una de las primeras causas de mortalidad y de discapacidad para México?, ya que, pese a la existencia de un programa específico, el alcoholismo retoma el camino del olvido médico, tanto en términos clínicos como epidemiológicos. Esto coincide con lo que surge del conjunto de los grupos profesionales estudiados, que tienen una clara noción de que se hace muy poco a escala nacional y en cada institución oficial en particular. Pero los entrevistados señalan, además, que tampoco la comunidad, los sindicatos o los empresarios hacen nada. Es decir, que el sector salud, si bien sería el encargado de hacerse cargo de este problema, aparece no obstante como parte fundamental de un no hacer colectivo.

En lo referente al aparato médico-sanitario no hallamos demasiadas explicaciones en los entrevistados y encuestados respecto de su falta de acción, más allá de lo señalado previamente. Pero respecto de la inacción de la comunidad, el conjunto de los grupos cree que el consumo de alcohol, la ingestión excesiva e incluso el alcoholismo son considerados como normales y naturales por la población; y es debido a esa normalidad que no lo ven como problema. Solo la mayoría de los internos de quinto año proponen que la gente lo percibe como problema, mientras en los otros grupos domina la idea de que beber y alcoholizarse es normal, y que solo a nivel familiar puede convertirse en problema, en la medida en que se desencadenen dos hechos ya señalados: la falta de aporte económico por parte del varón y el incremento de la violencia intrafamiliar. Pero, además, esta percepción negativa solamente se daría en la mujer. Es en esta representación social dominante que el conjunto de los médicos halla la explicación tanto de la escasa o tardía demanda de consulta, como de la inexistencia de acciones antialcohólicas a nivel comunitario.

Salvo los especialistas, el conjunto de los grupos plantea la solución al problema del alcoholismo mediante dos tipos de acciones; en primer lugar, la eliminación o reducción de la publicidad y venta de bebidas alcohólicas; y en segundo, el desarrollo de acciones educativas y de orientación personal y comunitaria por medio de pláticas. A su vez los psiquiatras proponen el impulso de estrategias psicoterapéuticas y la expansión de los grupos de Alcohólicos Anónimos.

Estas propuestas de solución deben ser relacionadas con la concepción que estos profesionales tienen de la causalidad del alcoholismo ya que, si bien ellos ponderan la importancia de los factores psicológicos, siempre los refieren al contexto económico y sociocultural como determinantes del alcoholismo. Solo en el caso de los psiquiatras, los procesos psicológicos aparecen como causales decisivos de este problema. Esta concepción de la causalidad conduce a buscar soluciones en el control del consumo y en la concientización y la educación como medidas que podrían controlar los comportamientos individuales y colectivos. Solo escasos profesionales plantean medidas sobre la producción, y de estos varios señalan que dicho control es poco viable en México, dado el juego de intereses económicos que operan en la realidad mexicana.

De hecho, el consumo de alcohol cumple dos funciones básicas para el conjunto de entrevistados; la más reconocida es la de facilitar en los sujetos el escape o la negación de una realidad que no se puede manejar ni solucionar; la segunda, la de facilitar rituales relacionales a niveles grupal y comunitario. La función psicotrópica es la más ponderada, y referida a la evasión de las condiciones socioeconómicas negativas que hacen la vida poco soportable, y que expresa su más frecuente negatividad a través de las relaciones familiares.

Más allá de la claridad o ambigüedad con que lo expresan, lo que surge en los distintos grupos médicos, es que las condiciones económicas y sociales negativas dentro de las cuales viven la mayoría de las familias de los estratos sociales bajos, son responsabilidad del varón, dado que es dentro de la división sexual del trabajo el encargado-responsable de sostener económicamente a su familia. Por lo cual, dicha incapacidad conduce no solo a que el sujeto busque olvidar o evadir esa responsabilidad a través del alcohol, sino a que la frustración de su masculinidad se resignifica y actúa frecuentemente en términos de violencia hacia los sujetos que constituyen el grupo familiar; sobre todo hacia su mujer, y en menor medida hacia sus hijos. Es decir, la pérdida o disminución de sus funciones masculinas, aunadas —en varios casos— a que la mujer tiene más ingresos por su trabajo que su pareja masculina serían, por lo menos en parte, los generadores del incremento de un alcoholismo convertido en violencias hacia la mujer.

Subrayo que esto se deduce de los materiales analizados, pero que la mayoría de los encuestados y entrevistados no lo formulan en los términos en que los planteamos, que tiene que ver con una de las hipótesis que manejamos, y es que los sujetos y grupos ante situaciones de explotación/opresión/subordinación que no pueden o no saben enfrentar, optan por dirigir su violencia, no hacia los que los explotan/oprimen/subordinan sino hacia ellos mismos o hacia “otros” pertenecientes a sus mismas condiciones socioeconómicas, y por ello la mayoría de las violencias se ejercen entre familiares, amigos y vecinos, y no contra sujetos extraños, lo cual no niega que también haya violencia contra estos últimos en determinadas situaciones.

La causalidad, las funciones y las soluciones estructuran una representación social según la cual es la situación económica y cultural la determinante del alcoholismo. Esta constatación conduciría a esperar que el sector salud aplicara sistemáticamente el conocimiento científico derivado de la producción y perspectivas de las ciencias antropológicas y sociales; pero esto no ocurre. Si bien a nivel invocativo tanto el sector salud como una parte de los profesionales entrevistados hacen referencias a la necesidad de este tipo de perspectivas, en la realidad no solo no se impulsa este enfoque, ni este tipo de investigaciones, sino que, además, como en el caso de la producción antropológica sobre alcoholismo y alcoholización para México, es escasamente conocido y mucho menos aplicado por el saber médico, incluidos por los especialistas en alcoholismo.

Pero ocurre que varios de los profesionales entrevistados, y que hacen referencia al uso que mujeres y varones hacen del alcohol para “medicalizar” la soledad, la tristeza, la desesperanza o la falta de confianza en casi todo; que subrayan las consecuencias en las relaciones familiares y especialmente en la generación de violencia masculina alcoholizada, y que remiten a condiciones socioeconómicas, sin embargo, señalan: “Saber sobre pobreza y cultura está bien, pero ¿para qué me sirve como médico saber eso? Es bonito hablar de reconstruir el tejido social, pero ¿quién lo hace y cómo se hace? Los que hablan bonito generalmente no nos dicen cómo hacerlo.” Lo cual frecuentemente es verdad, a veces porque los científicos sociales solo manejan las partes teóricas y metodológicas de los procesos; otras porque se pretende enseñar cuestiones tal vez simples pero difíciles a través de unas cuantas horas de cursos intensivos; y también porque mucha de esta información la difunde el propio personal de salud, pero desde una perspectiva biomédica.

En México, el sector salud, y en particular los salubristas y los psiquiatras especializados en alcoholismo, desconocen —o por lo menos no utilizan— la masa de investigación generada por la antropología sobre el proceso de alcoholización para México, varios de cuyos trabajos constituyen los aportes

epidemiológicos más seguros que tenemos para la situación mexicana respecto de contextos donde no existe además otro tipo de investigación. Pero incluso la revisión de la bibliografía especializada evidencia que esta perspectiva no ha sido tomada en cuenta por el saber médico, incluido el psiquiátrico.

Lo cual es congruente con la carencia de formación en este tipo de disciplinas por parte del médico y del especialista en alcoholismo, incluso del experto en salud pública. No es entonces casual que, en las conclusiones sobre el fracaso de la experiencia del servicio de salud mental del centro de Santa Úrsula localizado al sur de la Ciudad de México, la ex-jefa del servicio indicara que una de las tres principales causas de dicho fracaso haya sido la carencia del manejo de la perspectiva de las ciencias sociales por el cuerpo profesional.

Aclaro que cuando señalamos esta exclusión y la necesidad de incluir otras perspectivas, no pensamos que en ellas vamos a encontrar la solución definitiva a los problemas planteados y a los fracasos médicos reiterados. Lo proponemos desde la posibilidad de encontrar interpretaciones diferentes que lleven a desechar conceptos y estrategias hasta ahora consideradas válidas, aunque poco eficaces y a incluir, por ejemplo, el reconocimiento de la multifuncionalidad positiva-ambivalente-negativa del consumo de alcohol, no para verificar su “fatalidad” sino para poder pensar en alternativas a partir de este reconocimiento. La producción antropológica que pone de manifiesto esta multifuncionalidad no debe ser asumida como anecdóticamente interesante, sino como información que puede explicar por una parte el fracaso del modelo médico, y por otra que ayude a pensar, conjuntamente con el saber médico, en alternativas referidas a situaciones históricamente determinadas.

Desde esta perspectiva, la “mentira” del alcohólico puede dejar de ser mentira subjetiva para convertirse en un proceso sociocultural respecto del cual dicha “mentira” no lo es. Desde esta perspectiva, el problema del alcoholismo que padece una parte de la profesión médica no puede ser considerado solo en términos de “caso”, sino como una enfermedad profesional que, por otra parte, debe ser vinculada a la ineficacia médica respecto del alcoholismo³.

³Ya hemos presentado información general sobre este problema, así como información sobre las instituciones observadas durante el trabajo de campo, donde el alcoholismo aparece como problema de los médicos. Esta es una temática difícil de abordar, que no obstante necesita ser investigada a fondo.

Médicos y alcoholismo: ¿existe la formación profesional?

El sector salud debiera informar en términos de salud pública, es decir, de la salud de los ciudadanos, primero por qué, pese al continuo incremento del problema del alcoholismo en términos de mortalidad, de incapacidad, de violencia y de sufrimiento social y síquico, se hace tan poco; y segundo, por qué, pese a la reiterada ineficacia de las estrategias médico-psiquiátricas no se recurre a otro tipo de perspectivas, o cuando se recurre como en algunos de los casos señalados, la implementación no la realizan antropólogos o sociólogos sino médicos, medicalizando las formas de operar.

Esta situación resulta aún más notable cuando observamos que los facultativos entrevistados reconocen tener una mínima formación profesional respecto de este problema. En consecuencia, debe ser asumido en toda su radicalidad el hecho de que la mayor parte de los entrevistados no han tenido información sobre alcoholismo durante sus carreras de médicos y/o de psicólogos, o bien solo han tenido entre una y seis horas de clase durante toda su formación profesional. De la información presentada no solo surge esta evidencia, sino que tanto los datos de Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación (ANUIES), como los del grupo de psiquiatras entrevistados y de los cuales varios son profesores universitarios, convalidan dicha información.

No obstante, para aclarar aún más esta situación entrevistamos a ocho profesores que operan a nivel de grado y de posgrado en la UNAM, tanto respecto del “plan tradicional”, como del “plan A-36”. De la información obtenida surge que el programa de psiquiatría que cursa a nivel de grado un alumno dura cinco semanas, y que “alcoholismo” constituye uno de los temas. Según cinco entrevistados, el alumno recibe entre dos y siete horas de clase, mientras que otro de los profesores dijo no recordar el número de horas dedicadas específicamente a alcoholismo. Las clases son teóricas, sin que los alumnos tengan ninguna experiencia práctica.

Además, cuatro facultativos hacen alusión a que el alcoholismo constituye el principal problema de salud mental de México, y otros dos señalan que “actualmente está de moda decir que el alcoholismo es el principal problema, pero la verdad es que no se sabe”.

Dentro del conjunto de apreciaciones hay algunas disparidades interesantes; mientras que dos profesores indican que hay una notoria incongruencia entre la importancia y frecuencia del problema en la práctica médica y la escasa información recibida durante la carrera, otro entrevistado señala que el alcoholismo constituye uno de los temas que más se trata en las materias psicología médica y psiquiatría durante el pregrado. Este facultativo

es además el único que informó que los alumnos de grado de Medicina, llevan un total de siete horas de clases teóricas; el resto había informado entre dos y cuatro horas. Pero, además, según este entrevistado:

En realidad, se ve durante muchas más horas; en psicología médica en la práctica se ven como diez horas y en psiquiatría como veinte horas. Así que entre clases teóricas y prácticas serán unas 36 horas en total sobre alcoholismo. Esto es lógico por ser el alcoholismo la primera causa de problemas de salud mental en el país; los alumnos incluso presionan al profesor para tratar lo más ampliamente posible este tema. Además, en los hospitales donde llevan sus clases hay muchísimos alcohólicos que están viendo continuamente. La parte práctica de las clases sobre alcoholismo consiste en hacer una historia clínica muy completa del alcoholismo e incluso el alumno habla con los familiares y hay discusión en seminarios sobre la conducta a seguir con tal o cual alcohólico.

Esta opinión, reitero, contrasta con la del conjunto de los profesores entrevistados, que no solo informan sobre un escaso número de horas de clase, sino que en dos casos indican que entre los profesores hay “una tendencia a dar poca información sobre alcoholismo”. Pero, como concluye otro entrevistado:

De cualquier manera, una cosa es el programa curricular que se debería ver en teoría y otra lo que se da en la práctica. Ya que casi todos los maestros de psiquiatría prefieren hablar de esquizofrenia o de otros trastornos psiquiátricos que de alcoholismo. Esto es debido a que por un lado no lo consideran muy interesante desde el punto de vista profesional, pues, ¿quién no ha visto un alcohólico? Todo mundo sabe qué es un alcohólico; hasta una enfermera puede hacer el diagnóstico. Y por el otro lado, si se ponen a hablar de alcoholismo como un problema social, se meten en dificultades pues a la mayoría de los psiquiatras les hace falta información económica, política; este aspecto no lo manejan. No sabrían contestar a las preguntas que podrían surgir. Es por esto que no hablan mucho del alcoholismo. Además de que existen muchas contradicciones al hablar del tema, ya que el problema del alcoholismo es sobre todo de tipo político, pues el alcohol es la segunda industria de México después del petróleo, y que deja más dinero al gobierno por concepto de impuesto.

El 50% de los entrevistados considera adecuado el número de horas dedicadas al alcoholismo, dado el tiempo disponible para los problemas de salud mental en el currículum de pregrado de la carrera de medicina. Esta opinión

debe ser cotejada con el programa de Psicología Médica y Psiquiatría de la UNAM según el cual el alumno en tres horas de clase teóricas debe cumplir los siguientes objetivos respecto del tema alcoholismo:

1) Distinguir entre bebedor normal, bebedor problemático y alcohólico; 1.1) distinguir las principales formas de alcoholismo; 1.2) explicar las principales causas biológicas, psicológicas y sociales del alcoholismo; 1.3) describir la farmacología del alcohol; 1.4) identificar las consecuencias individuales, familiares y sociales del alcoholismo; 1.5) describir la “negación” y otras defensas psicológicas que son frecuentes en los alcohólicos; 1.6) identificar las principales complicaciones; 1.7) describir las funciones de los grupos de alcohólicos en rehabilitación. (UNAM, 1981, p. 7879).

Pero lo importante no solo es constatar la propuesta de un programa que no puede ser desarrollado y menos concluido en los tiempos estipulados, sino que varios de los puntos del programa tratan problemas médicos de alta complejidad que hasta la actualidad no han sido resueltos en términos prácticos ni teóricos.

Los alumnos cuentan con dos materiales de apoyo bibliográfico de unas diez páginas cada uno, en los cuales solo se define específicamente al alcohólico dependiente, pero sin poder establecer precisiones respecto de los otros tipos de alcohólicos propuestos. En las estrategias médicas, aparte de las reparaciones curativas, son las pláticas el instrumento descrito, pero sin dar demasiada información al respecto⁴.

A nivel de posgrado existen tres programas de maestría: el de psiquiatría para adultos; el referido a niños y adolescentes, y el de psiquiatría social, “aunque este último es solo de nombre, pues no está funcionando. Desapareció en 1973 por falta de personal académico”. Para cursar las maestrías se requiere que el alumno haya cursado la especialización en psiquiatría; el curso de especialización y las maestrías son manejados por el Departamento de Medicina, Psiquiatría y Salud Mental de la UNAM. El curso de especialización dura tres años y el alumno se forma como psiquiatra clínico. Se imparte en el Hospital Fray Bernardino Álvarez, donde pasa dos años, y el tercero lo cursa en un hospital-granja para enfermos crónicos. La maestría da una formación clínica, pero orientada hacia la investigación.

⁴Un indicador del escaso interés lo tenemos en el hecho de que en el catálogo de tesis de medicina de la UNAM solo se consignan seis tesis referidas al alcoholismo desde 1950 hasta el momento en que cesó de ser obligatoria la presentación de tesis.

Ninguno de los cinco entrevistados que operan en este segundo nivel formativo pudo dar el número preciso de horas dedicadas a alcoholismo, salvo uno que las estimó en un 30% del total. Dos de los entrevistados indicaron que es uno de los temas sobre el cual se da menor cantidad de información, mientras que tres señalaron que se da un número adecuado de horas. De los profesores que estiman que el número de horas es escaso, uno concluye:

Pero no hay que dar más horas de clase, porque de cualquier manera ¿quién sabe algo sobre alcoholismo? Yo considero que en realidad no es un problema; que es un falso problema, ya que algo que no tiene definición ni solución deja de ser un problema. Yo tengo un consultorio por las tardes y no veo alcohólicos pues no tengo nada que hacer con ellos.

Todos están de acuerdo en que no ha habido variaciones en el contenido de los programas de grado y posgrado en los últimos diez años, ya que “siempre se ha dado más o menos lo mismo.” El contenido está básicamente referido a la intoxicación aguda, a las consecuencias físicas y respecto del sistema nervioso central y periférico, a la dependencia y a las patologías como *delirium tremens*, síndrome de Wernicke, síndrome de Korsakoff y otros. Se informa escasamente sobre la detección y el manejo del “alcohólico excesivo” y el “alcohólico problema”.

En la Escuela de Salud Pública de la SSA no se imparte en ninguna de sus maestrías (Salud Pública, Administración de Hospitales, Epidemiología e Higiene y Seguridad Industrial) ningún contenido sobre alcoholismo, incluida la cirrosis hepática. Entre 1977 y 1982 solo se dieron diez horas de clase sobre alcoholismo impartidas por un científico social⁵.

Saber y no saber ¿dónde está la enfermedad?

Del conjunto de los grupos entrevistados surge que los profesionales y pasantes de Medicina detectan, diagnostican, clasifican a escasos pacientes con problemas de alcoholismo; que en su práctica los tratan poco y escasamente los curan⁶; que si bien reconocen que la estrategia actual más eficaz es la de

⁵En los trabajos de campo llevados a cabo por los estudiantes de las Maestrías de la Escuela de Salud Pública, y en los cuales se realizaba el relevamiento de los recursos para la salud a nivel de los estados y de comunidad, generalmente no se documentaba información sobre instituciones para enfermos mentales, y menos sobre alcoholismo (véase colección de monografías para el período 1975-1982).

⁶Reiteramos que estas conclusiones no pretenden afirmar que los entrevistados no vean per-

Alcohólicos Anónimos, la mayoría de los entrevistados tiene escaso contacto con dicha organización; que médicos y psicólogos, incluso los especialistas, muestran poco interés por esta problemática y que tienen una muy reducida formación profesional; que la relación médico-paciente con problemas de alcoholismo está considerada como negativa y que se suele expresar un mutuo rechazo, que el profesional no controla ni modifica.

Este perfil surge del material obtenido en el trabajo de campo, pero además está respaldado por la bibliografía internacional que fue utilizada intensamente en la primera parte de este trabajo. Es decir, no solo el sector salud sino los médicos se caracterizan por tener una relación negativa con el alcoholismo y las personas que lo padecen.

En el discurso médico, el alcoholismo emerge como enfermedad y dependencia, pero en la estructura profunda no aparece como enfermedad sino como problema social. Esto conduce a recordar dos hechos; primero, que el alcoholismo en la práctica de estos entrevistados no aparece como curable y que no manejan tratamientos médicos y psicológicos eficaces; y segundo, que la actividad médica se reduce cada vez más a la derivación a grupos de Alcohólicos Anónimos, es decir, a una institución no médica. La escasa atención de pacientes en términos de alcoholismo, la poca demanda por parte de la población y el rechazo médico hacia este tipo de pacientes expresan esta situación de no enfermedad.

En consecuencia, lo médico del problema radica en la reparación de algunas consecuencias, a veces graves como la cirrosis hepática, y en el uso del concepto-etiqueta de “dependencia” manejado en una ambigüedad psicobiológica, que en los últimos años retoma el sendero “seguro” de la dimensión biológica. El médico se reconoce como médico en la atención a problemas físicos y en el concepto de dependencia, para los cuales la referencia está en la dimensión biológica. Pero, como el propio saber o la propia experiencia médica lo evidencia, la mayoría de los problemas de alcoholismo no emerge como problema biológico, y es en esa constatación donde debemos hallar la explicación parcial al rechazo médico.

Desde 1950 hasta 1986, el sector salud desarrolló escasas acciones y generó muy pocas inversiones económicas para combatir al alcoholismo; no obstante, las pocas que desarrolló fueron en su mayoría de tipo asistencial. Sin embargo, del conjunto de entrevistas surgen propuestas

sonas con problemas de alcoholismo sino que, por el contrario, los ven frecuentemente; lo que estamos afirmando es que no diagnostican, ni tratan, ni “curan” a dichos pacientes en términos de alcoholismo”.

focalizadas en la prevención y promoción, en vez de proponer actividades clínicas específicas.

Casi todos los rasgos de la relación médico-paciente enumerados en la formulación del modelo médico hegemónico se cumplen en forma ostensible a través del alcoholismo; la asimetría, la relación subordinada, la exclusión del saber popular, son constatadas en la información presentada. Y estas características de la relación médico-paciente deben ser relacionadas con el hecho de que el alcoholismo es el problema a través del cual la institución médica tuvo que comenzar a admitir y a asumir que los propios “enfermos” organizados pueden desarrollar prácticas eficaces. Alcohólicos Anónimos constituye una realidad, inicialmente marginada por el saber médico, y luego crecientemente integrada al proceso salud/enfermedad/prevención-atención.

Pero ¿cómo viven los médicos su fracaso curativo a través de su propia experiencia, y especialmente del surgimiento de formas legas de atenderlo, que pueden ser más eficaces que el saber médico? De nuestros datos surge que los médicos siguen sabiendo muy poco respecto del alcoholismo; que no solo tienen muy poco contacto con los alcohólicos, sino que buscan no atenderlos. Pero además la mayoría tiene muy escaso conocimiento sobre el funcionamiento y la eficacia real de Alcohólicos Anónimos; ya que, por ejemplo, salvo excepciones, los médicos privados y estatales no tienen mucha idea de cuál es la evolución del paciente una vez enviado a los Alcohólicos Anónimos, salvo en aquellas clínicas privadas donde esta “técnica” es parte del proceso asistencial.

Ahora bien, más allá de que la diversidad con que los psiquiatras y psicoterapeutas ven el alcoholismo y su posibilidad de intervención, que van desde considerarlo un padecimiento sobre el cual hay que seguir actuando pese a las limitaciones existentes, hasta negarlo como padecimiento y considerarlo solo un síntoma, pasando por los que lo niegan como enfermedad, pero también como parte de los objetivos médicos. Lo que observamos son dos tendencias que se complementan; por una parte, el reconocimiento de que las diferentes corrientes médicas, incluidas las psicoterapéuticas logran muy poco, hagan lo que hagan, según uno de los psiquiatras entrevistados:

Siempre me ha preocupado el alcoholismo, y desde hace más de treinta años he trabajado en instituciones y a nivel privado, y he participado de algunas experiencias, incluso donde había colegas suyos. Y he practicado de todo; antabuse® y vómitos, electroshocks, consejo médico; hasta formé parte de un equipo de psiquiatría comunitaria, y nada funciona, o funciona aleatoriamente, pero sin que sepamos bien lo que pasó. Tuve esperanzas en la psicoterapia, ya que como le dije tengo formación fenomenológica, pero no pasó

mucho, y lo único que puedo decirle es que todos hacemos cada vez menos psicoterapia, y aplicamos cada vez más psicofármacos. Muchos especialistas dicen que los alcohólicos no demandan atención, y puede ser, pero cuando van a los servicios ¿Qué pasa? Otros decimos que rehabilitamos a los alcohólicos, pero ¿cómo explicamos las continuas recaídas?, porque lo que caracteriza a estos pacientes son las recaídas. [Y agrega este psiquiatra] Durante años he negado lo que le digo, pero lo que concluyó por convencerme fue enterarme de lo que está pasando en Costa Rica, que es el país que en los últimos años más ha invertido en organizar y aplicar servicios de atención para alcohólicos en todo el país. El año pasado en un simposio convocado por el Instituto Mexicano de Psiquiatría, el representante de Costa Rica concluyó su disertación implorando que le demos recomendaciones de qué hacer con el alcoholismo, y sobre todo con los alcohólicos, y nadie opinó. Y ¿sabe por qué nadie opinó?, porque todos sabíamos que Costa Rica está aplicando un amplio programa de atención que tiene recursos ¿Y qué podemos decir nosotros? Déjeme decirle que el psiquiatra costarricense planteó esta demanda en una reunión cerrada de especialistas, donde nos informó que, pese a la aplicación del programa, el alcoholismo en lugar de decrecer, aumenta, y dio cifras cantón por cantón. Nos dijo: llevamos cinco años aplicando un programa de atención primaria y nuestros resultados no son pobres, son paupérrimos. No sabemos qué hacer con los bebedores inveterados, y por eso nos rogó que cuando tuviéramos resultados de acciones se las enviáramos.

Y, por otra parte, tenemos las corrientes terapéuticas que niegan que el alcoholismo sea una enfermedad, viéndolo solo como un síntoma, tal como lo propone un psicoterapeuta:

Sé poco sobre alcoholismo; en mi formación básica como psicólogo no recibí información, y menos aún una materia especial; tampoco en mi formación como psicoterapeuta, y menos aún en los controles de casos que realicé durante muchos años. Donde me encontré con alcohólicos fue en un servicio de salud mental pero donde no se hacía psicoterapia, sino que se aplicaban tratamientos de choque con antabuse®. Durante más de cuarenta años de ejercer la psicoterapia, solo he tenido dos pacientes que han venido por su alcoholismo; uno que vino por sí mismo, y otro, presionado fuertemente por sus amigos, y solo duró unas pocas sesiones. Tuve más casos de fumadores y de comelones, que son más o menos lo mismo que los alcohólicos. Cuando recibo casos donde la adicción es vieja y cargada, le propongo al paciente que se trate esa adicción con un psiquiatra, y yo trabajo con su problema. No es que el alcohol o el cigarrillo no causen problemas de salud, sino que el problema

de la adicción está en el sujeto y no en el alcohol ni en el cigarrillo. Y eso es lo que trato; es decir no trato el alcoholismo, lo que trato es la perversión o la melancolía que a veces caracteriza a los alcohólicos; trato de ver y que vea lo que considero organiza, por ejemplo, su depresión.

Y el psicoterapeuta continúa:

Soy lacaniano, y como tú sabes tanto como yo, desde hace varios años vienen psicoanalistas franceses a dar seminarios en México, y yo he ido a muchos de ellos, y en ninguno se habló nunca de alcoholismo, pero tampoco de toxicomanías. Además, en los seminarios locales que llevé durante años tampoco se tocaron estos temas, y en los materiales que tenemos que leer para los seminarios extranjeros y locales no hubo nunca textos referidos a alcoholismo, y menos aún apareció en las discusiones.

Es decir, en ambas tendencias el alcoholismo no existe; en una por el continuo fracaso profesional, que lleva a negarlo en las prácticas; y en la otra porque decidieron dejar de considerarlo un padecimiento en sí. Por lo tanto, ambas tendencias tienden a negarlo o por lo menos invisibilizarlo, lo que a su vez contribuye a que la población lo siga considerando como una conducta normal dado que los diferentes tipos de terapeutas lo excluyen, o los envían a una organización social de autoayuda.

Creo que en el material presentado se verifican estas conclusiones, así como se ponen de manifiesto las funciones del modelo médico hegemónico. Si observamos el primer grupo de funciones, podemos ver que el saber médico no cura el alcoholismo, previene ciertos aspectos no solo secundarios, sino que gran parte de las actividades preventivas no son identificadas por los médicos —y tampoco por la población— como idiosincráticas y, por último, realiza pocas actividades de mantenimiento comparado con lo que ocurría en un pasado asilar no demasiado lejano donde los alcohólicos furiosos eran reclusos.

Respecto del segundo grupo de funciones, no hay legitimación de la medicina a través del alcoholismo por varias razones y, especialmente, por su falta de eficacia específica; si bien la medicalización convierte a nivel manifiesto una parte del alcoholismo en enfermedad, justificando el tratamiento médico y, teóricamente, limitando la criminalización del sujeto alcohólico, esta es cada vez más inoperante. La biomedicina además normatiza débilmente en la actualidad al alcohólico, dado que si bien propone un bebedor

sobrio como modelo no consigue imponerlo. No obstante, en algunos contextos, dicha propuesta puede ser utilizada para la estigmatización de sectores sociales subalternos, como es el caso de los indígenas y de los marginales urbanos, aunque esta estigmatización es potencial, y es utilizada frecuentemente en México por la policía, como medio de extorsión económica⁷.

En lo referente al tercer grupo de funciones podemos concluir que, salvo para la consulta privada y en particular respecto de crudas, intoxicaciones y reparaciones físicas, estas funciones no se cumplen. Y si bien se crearon organizaciones privadas —como Oceánica— para el tratamiento intensivo, estas organizaciones no se han extendido dados sus altos costos. El aparato médico-sanitario no invierte en equipo ni en fármacos ni en personal; tampoco lo hace la práctica privada salvo para lo señalado, y en cuanto a la industria químico-farmacéutica, no se ha conseguido medicamentar el problema. Nuevamente nos encontramos con que son otros sectores y grupos los que asumen esta función a través de uno de los elementos sustantivos del alcoholismo y la alcoholización; me refiero al alcohol. Así, el Estado, como recaudador fiscal; el sector empresarial, como generador y realizador de la mercancía, y el conjunto de los sectores ocupacionales involucrados en la producción y comercialización de las bebidas alcohólicas, son los que de diferente forma y en diferentes cantidades usufructúan económicamente el desarrollo del alcoholismo.

Tanto las funciones económico-ocupacionales como las socioculturales constituyen las condiciones necesarias para comenzar a entender el proceso salud/enfermedad/atención-prevención generado respecto del alcoholismo. Es este proceso el que orienta a los médicos a entender el alcoholismo como problema social y/o personal, más allá de su necesidad profesional de definirlo

⁷Para corroborar determinado tipo de información realizamos entrevistas en la delegación policial correspondiente al área donde trabajamos. Según los datos obtenidos, las colonias en las cuales realizamos la investigación constituyen la zona quinta y reciben el nombre de “Los Pedregales”. Esta es caracterizada como “la más peligrosa; donde hay más asesinatos. Entre julio de 1981 y julio de 1982 hubo en la delegación 22 homicidios y seis (27%) fueron en Los Pedregales”. En la delegación, el alcoholismo constituye la principal causa de encarcelamiento; de 500 personas “que ingresan al mes, unas 125 lo hacen por alcoholismo; pero la gente no ingresa por accidentes con autos, sino por peleas entre familias. Son generalmente familias que viven en el mismo predio, se emborrachan y como hay problemas entre ellos... Además, muchas mujeres vienen a quejarse de que el marido las castiga; esta es la queja normal de los lunes”. Los datos no son registrados bajo el rubro de alcoholismo, aun cuando este sea la causa manifiesta; en el informe mensual a la Dirección General de Servicios Médicos se envía la hoja de registro de casos, pero nunca se consigna alcoholismo. La policía “en general no hace nada y no puede hacer nada porque no tiene preparación. Hace dos años vino una trabajadora social y se formó un grupo de Alcohólicos Anónimos. A los alcohólicos se les buscó trabajo en la propia delegación como jardineros y para tareas de limpieza. Y todo iba bastante bien; luego trasladaron a la trabajadora social a una oficina donde no hace nada y todo se acabó. La policía siguió haciendo lo suyo; usted sabe, cuando alguien está ebrio lo que trata es sacarle una mordida”.

como enfermedad. Es este proceso el que puede llegar a explicar la dialéctica positivo-negativa-ambivalente que caracteriza en parte al uso y consumo de alcohol; es este proceso el que puede dar cuenta del papel del alcohol como instrumento crucial de la relación mujer-varón dentro de numerosos contextos mexicanos. Es este proceso, en fin, el que puede comenzar a explicar la relación de los sujetos y de los conjuntos sociales con una muerte temprana, que no puede ser reducida a los estratos sociales subalternos, pero que opera en estos, aunque en forma radicalmente desigual.

Pero como señalamos el consumo de alcohol cumple varias funciones socioculturales positivas o, por lo menos, ambivalentes para gran parte de los bebedores; de tal manera que en la negación o falta de intervención respecto del alcoholismo operan criterios de tipo económico y de tipo profesional para que las instituciones médicas no reconozcan en la práctica el alcoholismo como enfermedad en general y como enfermedad ocupacional en particular. Lo cual en países como México es reforzado por las empresas privadas y los propios trabajadores por las razones ya aducidas, operando una común negación del problema en el nivel manifiesto, y un reconocimiento en las operaciones cotidianas de cada actor, ya que los médicos tratan el alcoholismo a través de otros padecimientos sin necesidad de considerarlo enfermedad ocupacional. Las empresas pueden, si les conviene, decidir expulsar al trabajador debido a su ausentismo laboral relacionado con el consumo de alcohol, así como el trabajador puede operar a través de un alcoholismo que suele ser protegido por el sindicato, y que todavía le posibilita el “San Lunes” o sus variantes.

De tal manera que un análisis de las políticas respecto del alcoholismo necesita incluir no solo las políticas y actividades biomédicas, sino las producidas desde la sociedad civil que, si bien ha generado los grupos de autoayuda, sin embargo, no ha generado otro tipo de respuestas organizadas, y no solo en términos de las consecuencias en el ámbito laboral o de los espacios de tránsito colectivo, sino en el caso, por ejemplo, de las demandas feministas respecto del papel del alcohol en las relaciones de violencia varón-mujer.

Considero que a través de nuestro análisis se confirma que para entender y pensar alternativas respecto del alcoholismo, necesitamos referirlo al juego que se da entre condicionantes socioculturales, económico-políticos y las orientaciones biomédicas, asumiendo que la biomedicina asume tácitamente —y en ciertos contextos explícitamente— la incidencia de dichos condicionantes que la llevan simultáneamente a decidir que el alcoholismo es una enfermedad, así como a convivir con su ineficacia ante este. Pero, además, durante la década de 1970 varios analistas enumeran una serie de problemas

que están deteriorando cada vez más la formación médica, lo cual complica aún más el panorama desde una perspectiva biomédica⁸.

Estos procesos iban a ser parcialmente asumidos por el aparato médico-sanitario mexicano cuando decidió desarrollar, a partir de 1986, el primer programa nacional contra el alcoholismo, por lo cual en el capítulo siguiente trataré de observar cuál ha sido el destino, por lo menos momentáneo, del alcoholismo, las actividades perfiladas hacia él, así como la posibilidad de pensar una estrategia que vaya más allá de las polarizaciones dominantes.

⁸En 1978, Frenk concluía: “Durante los últimos años se ha hecho clara la existencia de una profunda crisis en la educación médica mexicana. La ausencia de una vinculación con la realidad y de respuestas efectivas a los problemas prioritarios de salud, la improvisación y el ausentismo de los profesores, la sobrepoblación estudiantil, el enfoque hospitalario y de especialidad, el desconocimiento de los determinantes sociales de la enfermedad y el soslayo de la comunidad como ámbito de aprendizaje [...] [Hay] un divorcio abismal entre la educación médica y la realidad sanitaria. Los procesos educativos no responden al panorama epidemiológico del país ni a las necesidades reales de salud de la población mayoritaria” (1978, p. 21). Salvo algunos rasgos, el conjunto de estas aseveraciones sigue siendo vigente para la relación educación médica-complejo alcohólico y, según nuestra información, algunas características han empeorado.

Capítulo 7

Salud colectiva, industria alcoholera y subjetividad

En mi fuero interno no puedo menos que agradecer a estos señores comerciantes... Pero, por otro lado, me resulta irónico que sean precisamente los que contribuyen a alcoholizar al pueblo mexicano los que como penitencia por sus pecados y quizás por arrepentimiento, ayudan al Hospital General con sumas cuantiosas. Primero hacen los borrachos y después ayudan a curarlos.

Flores Espinosa (1965)

Si bien durante la década de 1970 se genera una creciente presión por parte de los organismos internacionales de salud respecto de luchar contra el alcoholismo, dicha presión debe ser relacionada con el vertiginoso desarrollo de la lucha contra la “drogadicción” generada especialmente en EEUU. Pero pese a que durante todo el lapso analizado las investigaciones concluyen que el alcoholismo es la principal adicción en México, EEUU y la mayoría de los países europeos, las políticas del sector salud y su discurso lo minimizaron respecto de otras drogodependencias. Más aún, podemos observar que hay una especie de “juego estadístico” que al mismo tiempo evidencia y oculta la importancia del alcoholismo.

De estadísticas, epidemiologías e inconsistencias

Los resultados de las Encuestas Nacionales de Salud (1987-1988) siguen estableciendo que el alcoholismo es la principal adicción nacional; según la Encuesta de Adicciones (1988), la prevalencia de la drogadicción en México oscilaba entre 0,2 y 0,7% para el uso de inhalantes, 2,6% para la marihuana,

0,3% para la cocaína y 0,1% para la heroína, mientras el 5,7% de la población mayor de veinte años padecería alcoholismo¹. Además,

...según se desprende de esta encuesta (1988), el 51% de la población entre 18 y 65 años consume bebidas alcohólicas [...] en la población masculina el índice de consumo es 82%, mientras que en la femina solo 44% [...] Se estima que el 11% de los hombres y 0,6% de las mujeres mayores de 18 años cumplen el criterio de dependencia del alcohol de la CIE, lo que representa el 4% de la población total. (Medina Mora *et al.*, 1989, p. 477)

En la XII Reunión del Consejo Nacional contra las Adicciones del 16 de noviembre de 1989, el secretario de Salud señaló que el problema de la drogadicción no es alarmante en México y que incluso se observa una tendencia a su disminución, reconociendo una vez más, que el principal problema de salud pública en cuanto a adicciones lo constituye el alcoholismo, presentando datos que evidencian sus múltiples consecuencias negativas². Por su parte, el Programa de Fomento a la Salud (1987) señaló que la cirrosis hepática es la segunda causa de muerte en derechohabientes del IMSS.

Según Estenion, hay autores que proponen que el consumo de alcohol en México es el culpable del 60% de los accidentes de tránsito, del 57% de los suicidios, del 57% de las detenciones policiales. El 97% de los cadáveres que llegaron al Servicio Médico Forense presentaban restos de alcohol, y este sería el segundo causante de las agresiones a los hijos, el incitante del 45% de las violaciones sexuales y el promotor de la tercera parte de las deficiencias mentales en los infantes causada por el consumo alcohólico de las madres (*Excelsior*, 21/4/1989)

Ahora bien, las estimaciones epidemiológicas propuestas deben ser revisadas, dado que la captación de información confiable sobre drogadicción y alcoholismo es difícil y compleja. Varios autores proponen datos diferentes, a veces para distintos universos, pero frecuentemente para unidades de población similares. Además, algunos datos manejados a nivel oficial no son creíbles dada su inconsistencia, lo cual hace aún más confuso establecer el

¹Según la Encuesta Nacional sobre Tabaquismo y Consumo de Bebidas Alcohólicas (1987) el 7,3% de la población de 12 años y más tiene problemas de alcoholismo.

²Presentó datos procedentes de investigaciones del Instituto Mexicano de Psiquiatría referidos a México DF, según los cuales los accidentes de tránsito atribuidos al alcohol aumentaron de 8,3% en 1968 a 15,85% en 1983; en los servicios de urgencia el 22% de los traumatismos aparece relacionado con el alcohol. Se propone que el 38% de los suicidios y el 49% de los homicidios están vinculados al consumo de alcohol.

perfil epidemiológico del alcoholismo en México. Dado que, por ejemplo, es muy difícil aceptar como válidos los datos sobre tasas de abstinencia y los bajísimos niveles de consumo de alcohol por mujeres; así como la deficiente información sobre cirrosis hepática, manejada por los epidemiólogos, que en cierta medida culmina en el hecho de que la Encuesta Nacional de Enfermedades no captó este padecimiento.

Esta encuesta obtuvo datos de prevalencia de enfermedades crónicas, incluso por grupos de edad, y codificó diabetes mellitus, hipertensión, bronquitis, cardiopatías, artritis, desnutrición, tuberculosis broncopulmonar, epilepsia, ceguera, sordera, retraso mental y otras causas. Sin embargo, la cirrosis hepática, que constituye la primera o segunda causa de mortalidad en algunos grupos etarios, y que satura los servicios de gastroenterología no fue detectada como morbilidad, pese a que su desarrollo implica entre ocho y doce años aproximadamente³.

En el análisis que el aparato médico-sanitario ha generado recientemente sobre sí mismo (Soberón *et al.*, 1988), al describir el perfil epidemiológico, casi no alude a cirrosis hepática. Se propone que México asiste a una transición epidemiológica y se concluye: "De hecho, las enfermedades cardiovasculares, los accidentes por vehículo de motor y la diabetes, tienden a reemplazar a las enfermedades transmisibles por lo que toca a su contribución proporcional a la mortalidad" (Soberón *et al.*, 1988, p. 44), sin reflexionar en ningún momento sobre la cirrosis hepática.

Las omisiones técnicas, cuando se reiteran, no pueden ser solo explicadas en términos técnicos, sino que deben ser imputadas también a omisiones y ausencias ideologizadas. El análisis generado por Fernández de Hoyos (1983) puso de manifiesto el grave sesgo dominante en la codificación de las primeras causas de mortalidad y no solo respecto de localidades donde los certificados de defunción pueden ser llenados por no profesionales, sino también para la ciudad de México. En su análisis de los datos codificados para 1978, encontró que la cirrosis hepática, los accidentes, homicidios y suicidios aparecen subregistrados en todos los grupos etarios entre los 15 y 74 años; y que lesiones en que se ignora la causa aparecen notablemente sobrerregistradas. Comparó esta información con los datos de los certificados de defunción y halló que la cirrosis hepática presenta una tasa real de 39 muertes por 100.000, cuando el registro oficial proponía 30 por 100.000. Por su parte, lesiones en que se ignora la causa presentó oficialmente una tasa de 27 por 100.000

³Una expresión de esta situación la tenemos en el hecho de que las estadísticas vitales del sector salud para 1983 codifican la cirrosis hepática como la cuarta causa de muerte, mientras que otros informes oficiales la ubican como sexta o séptima causa, también para 1983.

cuando la revisión solo le otorgó el de uno por 100.000. En la mayoría de los grupos etarios señalados, accidentes y homicidios aparecen subregistrados en más del 50% de su incidencia real. Investigaciones que analizan la codificación para años más recientes concluyen que sigue dominando un notorio sesgo en los registros.

Por lo cual “morir de alcohol” implica muchas cosas, entre ellas la detección de subregistros, de negaciones y de omisiones no solo en términos de morbimortalidad sino también en relación a la producción y consumo de bebidas alcohólicas. Durante la década de 1980 y dentro de una tendencia discontinua, los datos oficiales concluyen que el consumo global ha disminuido, considerando que esta afirmación debe ser revisada no para negar los datos sino para confirmarlos, o no.

En principio sabemos que la superficie cosechada de cebada entre 1981 y 1985 tiene una media anual de 284.600 hectáreas, y la de uva de 61.200 ha; y mientras la primera se mantiene más o menos estacionaria respecto de la década de 1970, la segunda incrementa notablemente su superficie productiva (Nacional Financiera, 1984, 1986). Pero, además, los rendimientos por hectárea de ambos productos tienden a incrementarse durante dicho quinquenio. A su vez, la producción de cerveza registra una cierta fluctuación, pues si bien descendió en 1982 y 1983, asciende nuevamente en 1985; mientras los fermentados y destilados de uva incrementaron su producción durante este lapso.

Sin embargo, fuentes especializadas señalan que el consumo per cápita en mayores de 15 años habría disminuido de 6,2 litros de etanol en 1980 a 5,4 litros en 1984 (De la Fuente & Medina Mora, 1987). Considero que esta evaluación debe ser referida a toda una serie de indicadores que permitirían otra lectura del proceso. Los datos indican que la producción de cerveza ha estado fluctuando y que a partir de principios de 1988 ascendió nuevamente en forma significativa. Por otra parte, los autores reconocen que el consumo per cápita de brandis pasó de 1,16 litros en 1974 a 3,39 per cápita en 1984.

Pero, además, la inclusión del alcohol de 96° y la producción clandestina de pulque, y sobre todo de bebidas destiladas, modificarían sustancialmente dicha evaluación, ya que estimaciones reconocidas incluso por el Instituto Mexicano de Psiquiatría proponen que la producción clandestina es, por lo menos, similar a la producción legal. Correlativamente, como vimos, la producción de alcohol de 96° no solo se incrementó notoriamente, sino que la potabilización pasó del 78% en 1981 al 99% en 1985. En lo que respecta a bebidas destiladas, solo para Oaxaca se estima que por semana se introducen más de 300.000 litros de aguardiente químico, que luego es transformado en mezcal (*Excelsior*, 16/4/1989).

Durante el período 1985-1989 las denuncias de autoridades estatales y municipales sobre el incremento del problema del alcoholismo son continuas; y lo mismo puede decirse respecto de organismos religiosos y políticos. Según la investigación de López, entre 1987 y 1989 el consumo de alcohol aumentó un 100% en Yucatán. Este tipo de datos, no niegan, sin embargo, el descenso en la producción y consumo de algunas bebidas alcohólicas como el pulque; ya que para 1988 se estimaba que solo quedaban unos 8 millones de magueyes pulqueros, y la producción se había reducido a alrededor de 80 millones de litros anuales. El continuo descenso se puso de manifiesto sobre todo en el principal mercado del pulque, la ciudad de México, ya que la introducción legal pasó de un millón de litros de pulque diario en 1986 a 250.000 litros en 1987 (*Excelsior*, 9/1/1988).

Respecto de la producción y comercialización de mezcal, operan factores que evidencian la creciente adulteración de esta bebida. De 450 destilerías que operaban en los valles centrales de Oaxaca, solo quedaban unas 60 en 1988; y en Matatlán, una de las zonas mezcaleras tradicionales, las destilerías pasaron de 100 en 1980 a 25 en 1989 (*Excelsior*, 22/9/1988; 4/4/1989, 24/4/1989), de tal manera que: “La producción de mezcal en esta entidad está a punto de extinguirse al abandonar dicha actividad los fabricantes de mezcal, debido a saqueos de la materia prima por las grandes compañías tequileras, debido al coyotaje y a la invasión de bebidas adulteradas provenientes de Puebla y Chiapas”. El mezcal no solo es adulterado por los intermediarios, sino que éstos ofrecen el producto a precios por debajo del costo real. Y un proceso similar está ocurriendo con el aguardiente de uva en el norte del país; los productores han denunciado en 1988 y 1989 una política de las grandes empresas, que no solo tiende a hacer decrecer la calidad del producto sino a abaratarlo notablemente⁴.

El conjunto de estos hechos, es decir, abaratamiento, ilegalidad, adulteración, debe ser tomado en cuenta para establecer la tendencia real de la producción y el consumo de bebidas alcohólicas, ya que este tipo de producción y consumo “clandestinos” no es incluido por quienes realizan las estimaciones del consumo de alcohol per cápita en México dentro del campo

⁴El conjunto de la industria alcoholera es de tipo oligopólico y tiende cada vez más a la concentración, lo cual prácticamente elimina y/o subordina a los pequeños y medianos productores de alcohol y a los productores agrarios. Esta tendencia, iniciada con el pulque y continuada para la cerveza, incluye en la actualidad a la industria vinícola, tequileras y de aguardientes de caña. Los crecientes conflictos entre las empresas alcoholeras y los productores de cebada, uva y agave han devenido en una constante determinada por los intereses de las grandes empresas. En el proceso de alcoholización existe un continuo proceso de centralización y no de descentralización productiva.

médico y especialmente del psiquiátrico, pese a que por lo menos dicho consumo sería similar al de la producción “legal”. Pero, además, el supuesto descenso del consumo no es demasiado compatible con toda una gama de procesos, entre los cuales destaca, por ejemplo, el incremento del número de cervecerías que pasa de 20.180 en 1982 a 26.180 en 1985. Pero además interviene en este proceso la tendencia oligopólica de la industria alcoholera, lo cual prácticamente elimina y/o subordina a los pequeños y medianos productores de alcohol, y también a los productores agrarios.

Esta tendencia, iniciada con el pulque y continuada con la cerveza, incluye en la actualidad a la industria vinícola, tequilera y de aguardientes de caña. Los crecientes conflictos entre las empresas alcoholeras y los productores de cebada, de uva y de agave han devenido en una constante determinada por los intereses de las grandes empresas. En el proceso de alcoholización existe un continuo proceso de centralización y no de descentralización productiva, que favorece el incremento y concentración de la producción de bebidas alcohólicas.

Las interpretaciones sobre la producción y el consumo de alcohol no pueden ser descontextualizadas del proceso de crisis socioeconómica que se profundiza en la década de 1980. No puede ignorarse el mantenimiento de un proceso que no solo abate los niveles colectivos de ingreso, sino que determina un descenso en el consumo global, sobre todo en los estratos sociales subalternos. Si el salario real ha caído en México de 100 pesos diarios en 1980 a 45 pesos en 1989 (con valores a 1978), es respecto de este descenso del 55% en el poder de compra que debe ser analizada la supuesta caída del consumo global, incluido el de las bebidas destiladas (INEGI, 1986). Y, al respecto, considero que la caída del poder de compra por parte de la mayoría de la población no se tradujo en una disminución del consumo de bebidas alcohólicas, sino en un incremento del consumo de bebidas clandestinas y/o adulteradas, lo cual es reconocido no solo por especialistas, sino por algunas de las instituciones oficiales más preocupadas por el alcoholismo, pero sin que incluyan este tipo de datos en las evaluaciones de los consumos per cápita de la población mexicana.

La construcción médica de un programa antialcohólico

A principios de la década de 1980 nos encontramos con un panorama desolador respecto de los servicios de atención del alcoholismo; los servicios de psiquiatría del IMSS y en particular las actividades antialcohólicas fueron desmanteladas; el ISSSTE no desarrolla ningún programa especial de tipo

psiquiátrico, y en el caso de la SSA cesan abruptamente de operar los servicios antialcohólicos en los centros de salud comunitarios. Instituciones que, como PEMEX, habían creado un servicio de atención paralelo, entran en una fase de estancamiento, y tanto el CAAF como el CEPRA retoman una trayectoria rutinaria y de escasa eficacia. Desde una perspectiva preventiva, no se aplican las medidas existentes referidas al control del consumo y la educación para la salud sigue siendo un interesante instrumento no utilizado⁵.

A finales de la década de 1970 y principios de la de 1980 comienzan a emerger algunas propuestas y unas pocas medidas organizativas. En 1981 se crea el Consejo Nacional Antialcohólico para elaborar un programa específico, y durante la campaña electoral, el futuro presidente, Miguel de la Madrid, planteó reiteradamente al alcoholismo como un grave problema, en particular para la niñez y la juventud, señalando que "...el alcoholismo no se puede combatir exclusivamente a través de medidas represivas o de prohibición totales. Estas medidas, en la historia del mundo, han resultado contra-productivas. Es a través de la educación, de la recreación en el deporte y en la cultura, como se puede ofrecer a los jóvenes el uso provechoso del tiempo libre" (Miguel de la Madrid, 1983, p. 209).

Este discurso refleja la concepción dominante de los especialistas nacionales ya que, si bien reconoce el incremento del consumo y del riesgo en jóvenes y adolescentes, considera no recomendable la prohibición total, pues ello acarrearía graves problemas económicos y sociales. Acorde con esta concepción, la nueva Ley de Salud puesta en vigencia el 1 de julio de 1984 presenta disposiciones especiales respecto del alcoholismo, en particular referidas al control publicitario. Retoma la mayoría de los artículos específicos de los códigos sanitarios anteriores y hace especial énfasis en el control de la accesibilidad al consumo⁶.

⁵Esto no ignora que durante el período 1981-1986 se desarrollaron algunas actividades anti-alcohólicas, de las cuales las más relevantes son las de los grupos de autoayuda y, en segundo lugar, las acciones realizadas por instituciones privadas (Hospital San Rafael, Instituto Jellinek, CEPNEC), así como el "programa" realizado por el IMSS-COPLAMAR.

⁶En principio, el artículo 74 incluye en la atención y rehabilitación de personas con padecimientos mentales a los "alcohólicos y personas que usan habitualmente estupefacientes o sustancias psicotrópicas". En los artículos 185, 186 y 187 se legisla sobre la prevención, tratamiento y rehabilitación de alcohólicos, así como sobre la necesidad de educar a la población sobre las consecuencias negativas del alcoholismo, especialmente a niños, adolescentes, obreros y campesinos. Se fomentan actividades cívicas, deportivas y culturales "especialmente en zonas rurales y en los grupos de población considerados de alto riesgo". Los artículos 217 a 220 establecen como bebida alcohólica a la que tiene alcohol etílico en una proporción del 2% de su volumen. Se estima que toda bebida deberá ostentar en sus envases la leyenda "El abuso en el consumo de este producto es nocivo para la salud", escrito con letra fácilmente legible, en colores contrastantes y sin que se invoque o se haga referencia a alguna disposición legal. Se especifica que, en ningún caso y de ninguna forma, se podrán expender bebidas alcohólicas a menores de edad

Del conjunto de disposiciones se aplicó de inmediato la que estipula que todo producto alcohólico debe presentar una leyenda que indique que dicho producto es nocivo para la salud. Pero esta reglamentación se aplicó en forma diferencial respecto de la cerveza y del resto de las bebidas alcohólicas. Así, mientras la cerveza presenta la leyenda en el borde dentado de la corcholata, el resto de las bebidas lo colocan en la marquilla que envuelve al envase. Mientras en la primera es difícilmente legible, en el resto no solo es legible sino contrastante.

Casi al mismo tiempo se inició una campaña radial dirigida a sectores de riesgo que en un principio intensificó el número de emisiones. Pero salvo estas, las restantes medidas no fueron aplicadas y/o no fueron respetadas, lo cual fue reconocido por el Instituto Mexicano de Psiquiatría en el documento base ya citado, donde se concluye que no solo no se han obtenido resultados efectivos, sino que respecto a la reglamentación vigente que "...regula los aspectos más relevantes relacionados con la producción, expendio, publicidad y consumo de bebidas alcohólicas, no se estima que haya producido los resultados esperados", y agrega que "otras instancias, como el Consejo Nacional Antialcohólico, tampoco dieron resultados satisfactorios" (SSA, 1985, p. 11).

Estas conclusiones deben referirse al proceso histórico global, pero muy en particular al periodo inmediato ya que, pese a la sanción de nuevas medidas de control, en los hechos se observa un incremento de los estímulos publicitarios. En 1985 el Instituto Nacional del Consumidor (INCO) documentó que la inversión publicitaria en bebidas alcohólicas había aumentado en términos absolutos y comparados respecto de años anteriores; también señaló la liberación de horarios, que permitió la venta de bebidas alcohólicas los domingos hasta las 20 horas en el Distrito Federal, cuando antes solo se podía expender hasta las 14 horas. Por otra parte, en horarios considerados de

y que los estados son los que reglamentarán sobre la localización y los horarios de atención de los expendios de bebidas alcohólicas. Los artículos que van del 300 al 312 reglamentan la publicidad, y casi la totalidad son aplicables a este tipo de producto. El artículo 308 establece disposiciones especiales para tabaco y alcohol. Se indica que la información contenida en el mensaje deberá ser comprobable y que no engañará al público sobre la calidad, origen, pureza, conservación y propiedades de los productos. La publicidad no deberá asociarse directa o indirectamente con determinados contenidos; así, no deberá presentarse generando bienestar social o salud, ni asociarse con celebraciones cívicas o religiosas. Tampoco deberá asociarse con ideas o imágenes de éxito en la vida afectiva y la sexualidad, o con situaciones de prestigio social, o con indicadores de vitalidad o feminidad. Por ley se prohíbe asociar las bebidas alcohólicas con actividades creativas, deportivas, hogareñas y laborales. Además, la publicidad no deberá incluir en imágenes ni en sonido a niños, ni ser dirigida a estos. La Secretaría de Salud queda facultada para suspender los mensajes publicitarios cuando su contenido afecte o induzca a actos que influyan en la salud pública. De acuerdo con el artículo 421, se sancionará con multas de entre 50 y 500 veces el salario mínimo a los que violen los artículos que se refieren a la publicidad de bebidas embriagantes

protección a menores de edad se permitió radial y televisivamente promover cerveza durante el campeonato mundial de futbol, y dicho permiso luego se extendió a las bebidas destiladas. Las imágenes publicitarias siguen asociadas con el prestigio social, la fraternidad, el esparcimiento colectivo incluidos deportes, e incluso con la felicidad.

Este conflictivo proceso condujo a proponer instrumentos específicos para atacar el problema, de tal manera que a la Ley General de Salud (1984) siguió la creación del Consejo Nacional contra el Alcoholismo en 1985, y ese mismo año el Instituto Mexicano de Psiquiatría diseñó un programa específico, que fue presentado en 1986 en la Segunda Reunión Plenaria del Consejo Nacional Antialcohólico. En 1986 se creó además el Consejo Nacional de Adicciones, que incluyó entre sus objetivos la lucha contra el alcoholismo.

Todos los documentos básicos (Ley de Salud, Programa Nacional de Salud, Programa contra el Alcoholismo) presentan los mismos fundamentos y proponen estrategias similares, por lo cual solo analizaremos el documento básico que avaló la puesta en marcha del programa. El 30 de marzo de 1986 el secretario de Salud presentó al Consejo Nacional Antialcohólico el Programa contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas; cuya estrategia para abatir este problema se basaría en los siguientes objetivos: a) desarrollar la legislación y vigilar el cumplimiento de las disposiciones vigentes en materia de control de la producción, distribución y venta de bebidas alcohólicas con el objeto de reducir el abuso en el consumo de bebidas alcohólicas en la población; b) modificar los hábitos de consumo de bebidas alcohólicas con el fin de disminuir los índices de embriaguez y de consumo excesivo gracias a programas de información, educación y capacitación; c) disminuir los riesgos asociados con el consumo excesivo y la embriaguez; d) propiciar cambios en los elementos ambientales condicionantes que propician el abuso de alcohol, mediante la introducción de medidas dirigidas hacia la moderación en el consumo de bebidas alcohólicas y el cambio de actitudes sociales que legitiman su uso en forma peligrosa; e) desarrollar programas que permitan identificar e intervenir en forma adecuada y oportuna en el individuo cuyo consumo de alcohol resulta peligroso tanto para su persona como para la sociedad; f) mejorar las opciones de tratamiento a los enfermos alcohólicos y de apoyo a sus familiares; g) generar proyectos de investigación orientados a lograr un mejor conocimiento del problema y al desarrollo y evaluación de programas preventivos (SSA, 1986 p. 35).

Esta estrategia se llevaría a cabo a través de actividades que en su casi totalidad ya habían sido propuestas y aplicadas para México en forma discontinua; es decir aumento de precios al consumidor; aumento de impuestos a la producción y venta de bebidas alcohólicas; campañas educativas; aplicación

de medidas legales a los infractores; limitación y control publicitario; capacitación técnica y profesional; mejoramiento de la atención médica. Por lo cual se planteó que el aparato médico-sanitario al proponerlas nuevamente, debía crear las condiciones no solo de aplicabilidad sino de eficacia, máxime cuando México contaba con una experiencia de alrededor de 60 años en el uso de actividades antialcohólicas fracasadas.

Estas medidas fueron propuestas a principios de 1986 y la decisión político-técnica fue actuar básicamente sobre la disponibilidad de las bebidas alcohólicas, ya que según la SSA: “Hay evidencia de la relación directa sobre el consumo de alcohol per cápita, disponibilidad de bebidas alcohólicas y problemas familiares y sociales relacionados con el abuso del alcohol. Mientras más facilidades hay para obtener alcohol, los individuos beben más y los problemas son mayores y más frecuentes” (SSA, 1985, p. 38).

Como reconoce el propio programa de la SSA, estas medidas han sido cuestionadas porque solo incidirían en los sectores de menores ingresos; el consumo bajaría, pero a expensas de los bebedores moderados y no de los alcohólicos crónicos y bebedores problema; aumentarían la producción ilegal y el consumo clandestino; se favorecería el consumo en el hogar y en la vía pública; y habría oposición y descontento por parte de los grupos más afectados. Pese a ello, la SSA consideró que existen otros argumentos que avalan su aplicación y de los cuales el más relevante reside en que “...la disminución del consumo per cápita beneficia la salud general, pues la mayoría de los problemas agudos relacionados con el alcohol son provocados por personas que en ocasiones abusan del alcohol y que pueden ser bebedores moderados y poco frecuentes” (SSA, 1985). Lo cual en gran medida es correcto, pero con estas medidas no se asegura la disminución del consumo considerado “patológico” así como determinadas consecuencias específicas.

Si bien las medidas propuestas implican la aplicación de una multiplicidad de restricciones, lo cierto es que hacen muy escasa referencia a la producción de bebidas alcohólicas y concentran gran parte de sus acciones contra la publicidad. La mayoría de los documentos de la SSA tomaron a la publicidad como una de las principales áreas a reglamentar, lo que se debió en parte a la creciente masa de propaganda proalcohólica propuesta por los medios, y en particular por la televisión. Las bebidas alcohólicas constituyeron durante la década de 1970 el principal rubro de gasto publicitario en televisión, representando el 25 % del total del gasto publicitario para 1979. En 1979-1981 las cervezas con un 48% del gasto total y los brandis, con un 32%, constituyeron los mayores inversionistas a nivel nacional (Quintar, 1983, p. 36-37).

Pero, además, el sector salud sabe que la publicidad proalcohólica no solo es una de las de mayor dinámica, sino que la oposición antialcohólica es muy reducida en términos publicitarios. En diciembre de 1980 la televisión en la ciudad de México transmitió 618 anuncios antialcohólicos por valor de 2.125.000 pesos, y 3.733 spots proalcohólicos por valor de 180.327.324 pesos; es decir, la publicidad antialcohólica solo constituyó el 6,3% del total de materiales informativos referidos al uso del alcohol. Esto ocurrió además durante un mes en el que se incrementaron los avisos antialcohólicos (*Revista del Consumidor*, 1982). Más aún, las propias instituciones de salud permiten el incremento continuo de este tipo de publicidad ya que, según el director de la Procuraduría Federal del Consumidor, la publicidad proalcohólica difundida por la principal cadena televisiva mexicana, es decir Televisa, es permitida por la Secretaría de Salud, ya que

Esos avisos obtienen la autorización de Salubridad, o sea de una dependencia del gobierno... Televisa está cumpliendo con las disposiciones legales, porque yo lo he visto. En determinado momento, por ejemplo, empecé a recibir denuncias de los consumidores, porque había un exceso de publicidad de bebidas alcohólicas; intervine y vi que estaba autorizada para emitir este tipo de propaganda... (*Proceso*, 18/1/1982).

En consecuencia, dada la trayectoria y transacciones que operan entre las instituciones médicas, las empresas alcoholeras y la propia población, un programa autónomo y realista respecto del alcoholismo debería partir de la existencia de un sistema de transgresiones normalizado por parte de todos los actores sociales, para no permanecer nuevamente en un discurso anti-alcohólico, que poco tiene que ver con la sociedad y población sobre la cual pretende operar.

Como instrumento necesario del programa antialcohólico, el 27 de septiembre de 1986 entró en vigor el nuevo reglamento de la Ley General de Salud para Control Sanitario y Publicidad. Tiene 126 artículos dirigidos al control sanitario de alimentos, bebidas alcohólicas y no alcohólicas, tabaco, medicamentos y productos de aseo y belleza. Junto con el lanzamiento de este reglamento, las autoridades de la Secretaría de Salud han declarado que dicha Secretaría no autorizó la publicación ni emisión de mensajes publicitarios que induzcan a conductas, prácticas y hábitos nocivos que afecten o pongan en riesgo la salud de los mexicanos. Considera además que el abuso en la ingestión de bebidas alcohólicas puede ocasionar graves daños por lo que el control de su difusión debe orientarse a la moderación, especialmente con

respecto a los niños, adolescentes y jóvenes, véase especialmente la colección de los periódicos *El Día*, *Unomásuno* y *Excélsior* para los meses de agosto, septiembre y octubre de 1986.

A finales de noviembre del mismo año se instaló el Consejo Consultivo de la Publicidad, encargado de dar cumplimiento al reglamento citado, y el cual propone una participación activa por parte de la comunidad. Según el nuevo reglamento, los consumidores deberían denunciar las violaciones de todo tipo generadas por los medios; y dichas denuncias deberían indicar horario y fecha de la transmisión por radio o televisión, o el lugar y día del anuncio en el caso de la prensa escrita. Deben informar sobre el contenido de los anuncios, así como el artículo del reglamento que se está violando y, de ser posible, argumentar por qué se considera que está realizando una infracción a lo reglamentado. Las sanciones previstas para quienes cometen infracciones son multas, clausura temporal o definitiva y arresto hasta por 36 horas.

Hasta ahora las principales medidas tomadas por los organismos de salud tienen que ver con las limitaciones a la publicidad. Por primera vez y en forma masiva, las propias empresas alcoholeras deben proponer moderación ya sea por medio del lenguaje escrito o de dramatizaciones, en los que se consignan, por ejemplo, los siguientes mensajes: “Nada con exceso, todo con medida”, “Nosotros ponemos la calidad, usted la cantidad”, “X bebida no va con el volante”. Además, continúa la obligación iniciada en 1984, de consignar en el envase de las bebidas alcohólicas, lo nocivo de las mismas para la salud de los consumidores. Todas estas medidas, incrementadas notoriamente en la transmisión televisiva en 1987, constituyen la promoción antialcohólica de mayor densidad y continuidad registrada desde la década de 1930.

Por lo tanto, debe ser reconocida la importancia de estas propuestas y actividades, pues constituyen el primer intento sistemático de reducir el impacto publicitario, lo que es reconocido por Carlos Monsiváis, uno de los más importantes críticos sociales mexicanos, quien analizando los capítulos sobre publicidad de la nueva Ley de Salud sostiene:

...se advierte la influencia de teorías comunicológicas, tesis feministas, proposiciones de la defensa del consumidor y demandas autogestionarias de democracia [...] el nuevo reglamento es la crítica más feroz al reglamento que sustituye y al conjunto de la publicidad mexicana [...] Si el reglamento anterior (16/12/1974) era tímido y triste en sus demandas a la publicidad real, este es categórico en su exigencia de la publicidad ideal. (*Proceso*, 3/11/1986)

Aunque, acota Monsiváis: “Por lo visto las agencias de publicidad no han creído en la obligatoriedad del reglamento. De otro modo ya estarían protestando en nombre de la libre empresa”, y se pregunta: “¿Qué compañía, por ejemplo, en el mensaje de bebidas alcohólicas [en igualdad de circunstancias, calidad, impacto, duración] promoverá la moderación en el consumo...?” (*Proceso*, 3/11/1986). Esta duda estaba avalada porque entre quienes iban a vigilar la aplicación del reglamento estaba no solo la Secretaría de Salud, sino también la Asociación Nacional de Fabricantes de Cerveza, el Grupo Cuervo, principal productor de tequila, la Cámara Nacional de Radio y TV y el Consejo Nacional de la Publicidad (Soberón *et al.*, 1988).

Sin embargo, una parte de esta legislación se aplicó, recordando que desde 1982 veníase incrementando el número de mensajes antialcohólicos en la radio, televisión y periódicos, y que esta exposición aumentó durante 1984 y sobre todo en 1985, especialmente en el caso de los mensajes transmitidos por radio. Los mensajes antialcohólicos estaban contruidos como dramatizaciones que intentaban llegar a diferentes conjuntos poblacionales considerados de riesgo (adolescentes, mujeres jóvenes, campesinos, burócratas, profesionales), así como incluir situaciones de alto riesgo (ebriedad y manejo de automotores).

Si bien este tipo de mensajes se pasó escasamente por televisión pese a estar recomendado, el conjunto de actividades debe ser debidamente ponderado; aunque para ello las recomendaciones medidas deben ser analizadas en su práctica. Si bien la mayoría de los instrumentos publicitarios plantean con relativa claridad y continuidad el “no exceso” y la necesidad de beber con moderación, siguen sin embargo siendo violados gran parte de los artículos del Código Sanitario, en lo que se refiere a la identificación, consecuencias y grupo social al que los mensajes son dirigidos. Un porcentaje de los mensajes, por otra parte, son ambivalentes o contradictorios; así, por ejemplo, se recomienda moderación y en la misma imagen el mesero sirve la cuarta ronda de bebida. Se trata de eliminar la identificación alimentaria, y determinadas bebidas fermentadas son anunciadas por radio entre las 13 y 15 horas, y por TV luego de las 20 horas y asociadas con el consumo de alimentos.

Se señala que los refrescos se beban acompañados de alimento, y se ha incrementado la publicidad mural y televisiva de los mismos como mezcladores. Se siguen haciendo certámenes para la búsqueda de las “nuevas voces juveniles de la canción” con el nombre de una de las más dinámicas empresas de bebidas destiladas; y dicho certamen se pasa entre las 19 y 20 horas en el canal de mayor audiencia dominical. Los partidos de fútbol, se transmitan a la hora que se transmitan, siguen teniendo publicidad alcoholera; mientras otros anuncios televisivos dan a entender que se viene bebiendo y se va a seguir bebiendo. Mientras en otros se presentan imágenes donde la uva es

salud y cultura; y esto, que es suscrito por una de las mayores empresas productoras de vino y de aguardientes de uva, debe ser colocado dentro de un proceso según el cual en México el 90% de la producción de uva se dedica a la elaboración de brandis (Celis, 1982, p. 23)⁷.

Más aún, uno de los principales indicadores de alcoholismo ha sido beber alcohol por la mañana; es decir, la necesidad del sujeto de consumir alcohol al inicio de la jornada; pero todavía a finales de 1987 se transmitía por radio desde la mañana temprano, publicidad induciendo al consumo de bebidas alcohólicas. Inclusive en la prensa escrita y televisiva la publicidad recomienda comportamientos que afectan la salud de la población, recordando el papel del alcohol en la mortalidad y morbilidad por accidentes. Pero observamos que la orientación biomédica —y también la policial— coloca la responsabilidad del accidente exclusivamente en la conducta de los sujetos que manejan o que caminan por las calles, y no en la responsabilidad de los que inducen al consumo de alcohol⁸.

Para asumir el significado de lo que estamos señalando, tenemos que saber que en 1986, el mismo año en que se lanzó el programa contra el alcoholismo, se generaron mensajes antialcohólicos a través de los medios financiados por el Estado, aun cuando el 20% del gasto publicitario televisivo fue sobre bebidas alcohólicas. Pero a partir de 1987 observamos que disminuyen constantemente, hasta casi desaparecer, los mensajes radiales antialcohólicos; en 1988 fueron escasas las transmisiones de este tipo; y en 1989 fueron reemplazadas por mensajes no dramatizados y transmitidos con muy escasa frecuencia.

⁷Incluso, en la prensa escrita, la publicidad recomienda conductas que son directamente atentatorias a la salud de la población, siempre y cuando recordemos que los accidentes han pasado a ser la primera causa de muerte y que la alcoholización constituye posiblemente el principal factor en la ocurrencia de dichos accidentes. Para dar un ejemplo de lo que señalamos, en una revisión de los periódicos entre julio y agosto de 1987 encontramos un anuncio de 384 cm² que informa sobre televisores para colocar donde “usted quiera” y se señala como una de las tres opciones de colocación, el tablero del automóvil. Incluso, en la fotografía de la imagen publicitaria lo que aparece es el tablero del automóvil, que presenta en su centro un pequeño televisor. Este, insistimos, no está colocado frente al acompañante, sino en el centro para que lo vean tanto el acompañante como el conductor. Como veremos, para una parte del sector salud, no enfermarse debe ser responsabilidad del enfermante. Pero ¿cómo vamos a considerar la responsabilidad de los inductores de enfermedad? Uno de los principales indicadores de “alcoholismo” ha sido el beber por la mañana, la necesidad de consumir alcohol al inicio de la jornada. Todavía para fines de 1987 se transmitía por radio, desde horas tempranas, publicidad induciendo al consumo de bebidas alcohólicas.

⁸A principios del 2003 se estableció el denominado “alcoholímetro” en la Ciudad de México, que implicó colocar controles de salud y policiales para medir el consumo de alcohol en conductores de automotores, y que posiblemente haya sido el programa antialcohólico más exitoso, y que —entre otras cosas— se caracteriza por su bajo nivel de corrupción. Se estima que redujo en un 30% los accidentes de tránsito.

Por otra parte, las compañías alcoholeras asociadas con los comercializadores del producto desarrollaron una variedad de prácticas transgresoras de las reglamentaciones vigentes, tanto en radio y televisión como en la prensa escrita. Este proceso de transgresión operó desde el mismo momento en que se sancionó el nuevo programa antialcohólico, y se ha ido incrementando constantemente. Las principales prácticas transgresoras son las siguientes: a) publicidad en periódicos y revistas, frecuentemente comprendiendo una a dos páginas, en las cuales la empresa alcoholera o la empresa vendedora (supermercado) presenta botellas de una marca de bebida determinada o de varios tipos de bebidas alcohólicas, sin que aparezca consignado en ninguna parte el marbete obligatorio de que dicho producto es perjudicial para la salud⁹; b) publicidad de los supermercados en folletos a “todo color” de botellas de bebidas alcohólicas en oferta, sin que se transcriba el mensaje anti-alcohólico; c) tanto en la prensa escrita como televisiva se presentan las ventajas diferenciales de varias bebidas, en su mayoría destiladas, sin tampoco colocar el marbete informativo. Esto ha tenido una notable continuidad en

⁹La revisión de la prensa escrita da cuenta de estas continuas transgresiones. Enumeraré algunas que fueron publicadas en 1988, cuando el programa antialcohólico llevaba ya casi dos años de implantación: a) 22/5/1988: página entera de un whisky importado; b) 22/5/1988: página entera de un whisky importado (otra marca); c) 27/5/1988: página entera de supermercado con publicidad de vinos y destilados importados; d) 16/7/1988: dos páginas enteras de supermercado, donde un cuarto de ella es sobre vinos importados; e) 16/7/1988: página entera de supermercado con publicidad de vinos y destilados importados; f) 2/8/1988: página entera de una marca de tequila; g) 30/8/1988: media página de la Asociación Nacional de Vitivinicultores apoyando el Pacto de Solidaridad Económica; h) 8/9/1988: un cuarto de página dedicado a la fiesta de la vendimia organizada por una empresa alcoholera; i) 13/9/1988: página entera de supermercado con publicidad de vinos; j) 14/9/1988: ídem; k) 14/9/1988: cuarto de página donde una compañía agradece la entrega del Premio Nacional de Calidad de sus alcoholes; l) 27/10/1988: dos páginas de la Asociación Nacional de Vitivinicultores informando sobre la calidad diferencial de los productos de uva respecto de los de cebada, centeno, enebros y caña de azúcar; ll) 4/11/1988: ídem; m) 4/11/1988: tres cuartos de página de supermercado con publicidad de vinos y destilados importados; n) 7/11/1988: media página donde una marca de tequila apoya la XII reseña de Cine de Acapulco; ñ) 12/11/1988: una página de la Asociación Nacional de Vitivinicultores sobre la mayor calidad de los vinos y los destilados de uva. Estos serían “sabiamente virtuosos y virtuosamente sabios”; o) 19/11/1988: tres cuartos de página de una empresa alcoholera presentando a famoso artista; p) 26/11/1988: un cuarto de página en el que se da información sobre una comida ofrecida por un grupo de empresas destiladoras de whisky; q) 29/11/1988: espacio de 7 por 32 cm donde se transcribe el nombre de un brandy; r) 29/11/1988: un cuarto de página donde una empresa destiladora informa sobre una cena que ofrece a empresarios; s) 3/12/1988: tres cuartos de página de un supermercado dedicada a vinos y destilados; t) 8/12/1988: dos páginas de un supermercado con publicidad de vinos y alcoholes; u) 9/12/1988: ídem; v) 9/12/1988: ídem otro supermercado; w) 10/12/1988: ídem, otro supermercado; x) 10/12/1988: ídem; y) 16/12/1988: llega con el periódico lujoso folleto a color de la Asociación Nacional de Vitivinicultores sobre las propiedades de los productos de uva: mesa exquisita, gusto luminoso y selecto, refinamiento, tarde plácida, gusto solemne y culmina con “los buenos días son mejores” con estos anuncios traen la botella con el nombre de la bebida, ofrecen dichos productos a precios más baratos y nunca se consigna el marbete obligatorio indicando que es un producto nocivo para la salud.

la campaña financiada por la Asociación Nacional de Vitivinicultores; d) la mayoría de la publicidad de bebidas alcohólicas ha incorporado algún tipo de mensaje que recomienda beber con prudencia, pero ya no se transcribe que ese producto puede ser nocivo para la salud; e) continúa la técnica de promover actos de diferente tipo, financiados por empresas alcohólicas, sin especificaciones negativas; f) una modalidad creciente es la de celebrar aniversarios de la ampliación de la empresa, o la vinculación con actos sociales y culturales de las compañías productoras; g) en la transmisión de partidos de fútbol, sobre todo internacionales, se filma permanentemente el terreno de juego, el cual aparece bordeado por carteles publicitarios, la mayoría de los cuales son —sobre todo en el caso de las transmisiones desde España— referidos a bebidas alcohólicas. Esta exposición dura dos horas, y la frecuencia es por lo menos de una vez a la semana; h) continúa la publicidad dirigida a sectores jóvenes y a mujeres con connotaciones que, según los reglamentos, no debieran incluirse en este tipo de publicidad. Incluso actividades apoyadas por el Estado, como certámenes internacionales de cine o de belleza, aparecen sintetizando la cultura, la diversión, la belleza, asociadas al consumo de bebidas alcohólicas¹⁰.

Por estos y por otros procesos necesitamos asumir el notorio pragmatismo no solo del sector salud y obviamente de la biomedicina, sino de los sectores empresariales que, por lo menos en países como los de nuestra región, continuaron insistiendo a través de una amplia variedad de acciones transgresoras y no transgresoras para imponer sus productos; lo que harán con una notable continuidad, implicando riesgos financieros y legales que frecuentemente aprovechan la “aceptación” de las autoridades, pero que en otras conduce a una suerte de cansancio en una lucha que pareciera no tener final, aunque sí fines.

Y al respecto necesitamos también asumir que las políticas estatales no han sido ni son equitativas respecto de las bebidas alcohólicas; el pulque durante la mayoría del siglo XX fue singularmente estigmatizado por el aparato sanitario, mientras que la cerveza fue constantemente favorecida. Ya

¹⁰En el concurso sobre la señorita más bella del mundo realizado en Cancún en mayo de 1989, la información conjuntó continuamente belleza/diversión/consumo de alcohol. En varios actos se desarrollaron certámenes no sólo de belleza, sino de quién bebía más y a veces en formas un tanto complicadas. “Concursos paralelos se realizan en el marco de Miss Universo; ayer fue la primera eliminatória de la turista que aguante beber más tequila combinado con licor de café de un solo sorbo. Se deposita en la boca de las aspirantes, con un chorro que deja caer desde la botella un mesero trepado sobre los hombros de otro. El fuego no llega a los labios de la bebedora, porque lo apaga el embudo que la protege” (Excelsior, 20/5/1989). Algunos de estos actos se realizaron en lugares decorados con iconografías referidas a la Revolución Mexicana y en particular a Zapata y Villa. Recordemos de paso que, por lo menos, Villa era abstemio

señalamos respecto de esta bebida que el marbete antialcohólico no se coloca en la botella sino en el borde dentado de la corcholata; pero además éste no solo es ilegible, sino que tanto el acto de destapar la botella, como el de servirla supone frecuentemente la desaparición del mensaje, lo que no ocurre con los otros recipientes. Pero además el Estado ha incluido a la cerveza en la canasta de productos básicos convenida por el propio Estado, los trabajadores y las empresas mediante el Pacto de Solidaridad. En 1988 en el Congreso del Trabajo se planteó la incongruencia de esta inclusión, sobre todo porque el Pacto de Solidaridad dejó fuera de la canasta productos como la ropa y el calzado¹¹.

Tanto la transmisión de las imágenes visuales y auditivas en términos sobre todo positivos, pero también negativos y ambivalentes; como la continua transgresión empresarial a la legislación sanitaria, así como el énfasis colocado en la responsabilidad individual de las consecuencias negativas del consumo de alcohol, deben ser referidos a la conjunción de los intereses y necesidades de los gobiernos y de los sectores empresariales ya que, como señala Moser:

Ha habido un aumento general y constante de la producción de bebidas alcohólicas en el mundo industrializado y probablemente en muchos países que están en desarrollo. Esto se debe en parte a factores no relacionados con la demanda, como sería el incremento general de la productividad agrícola y las formas más circunscritas al comercio de las cosechas. En muchos países, la producción se ha estimulado deliberadamente. Han tenido lugar cambios importantes en la industria de las bebidas alcohólicas. Tanto las destiladas como las cerveceras tienden a desarrollar grandes unidades de producción. Al mismo tiempo, el número de las empresas ha disminuido, su propiedad se ha concentrado en un menor número de personas y hasta cierto punto, se ha vuelto de carácter internacional. Dado que los costos de transporte afectan el costo final del producto exportado, resulta más ventajoso invertir directamente en la producción en el extranjero... (Moser, 1979, p. 25-26)

¹¹Las políticas diferenciales se manifiestan entre las propias empresas alcoholeras, según las cuales algunos diagraman con mayor explicitación la moderación y responsabilidad que otras. Esto es transparente en el caso de las dos principales empresas que compiten por el mercado de bebidas destiladas

Actualmente, el mercado mundial de bebidas alcohólicas puede valorarse en unos 190.000 millones de dólares y cabe subrayar que, para 1980, 27 empresas multinacionales se repartían el mercado mundial, con una venta media al año mayor a los mil millones de dólares. Anualmente, estas empresas gastan en publicidad alrededor de dos mil millones de dólares, y constituyen uno de los principales rubros de inversión publicitaria. Un importante dato a consignar es que cuatro de las más importantes productoras de bebidas alcohólicas mundiales constituyen parte de las veinte mayores empresas de productos alimentarios.

En México, se ha dado un proceso similar, el cual se ha potenciado con la actual situación de crisis económica, generando una concentración empresarial cada vez mayor. Pero, además, la industria alcoholera implica la integración de la producción agrícola e industrial, así como se relaciona fuertemente tanto con la industria de la alimentación, como con la industria de la diversión organizada y el turismo. El incremento constante de este proceso, así como la envergadura de las consecuencias generadas por el alcoholismo, condujo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a encargar a la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo (UNCTAD, por sus siglas en inglés) la realización de una investigación sobre producción y consumo de alcohol que aún no se ha difundido¹².

El incremento de la publicidad como mecanismo que permite la realización de la producción debe ser explicado por este desarrollo. Ahora bien, una cosa es integrar la función de los medios al proceso productivo e ideológico, y otra asumir el papel taumatúrgico que muchos autores, incluida una parte del sector salud, quieren adjudicarle. Los productores de bebidas alcohólicas invierten en publicidad crecientemente, pero según investigaciones financiadas con frecuencia por ellos mismos, la publicidad no incrementa demasiado el consumo, sino que, sobre todo, genera la reorientación del mismo. Explícitamente, señalan que la publicidad no puede ser considerada causal del proceso de alcoholización actual, y mucho menos del alcoholismo.

Sin embargo, toda una serie de investigadores y de organismos de salud consideran que la publicidad es un agente determinante del aumento del consumo excesivo de alcohol. Y así, por ejemplo, para México, el Instituto Nacional del Consumidor (INCO):

Aseveró ayer que la publicidad contribuye directa e indirectamente no solo a fijar hábitos de consumo, sino que, lo más grave, acrecienta

¹²El tipo de información obtenida condujo a que varios países se opusieran a que la OMS difundiera dicho informe, dado que podría incidir negativamente en la producción y el consumo, lo cual implicaría la reducción de ingresos económicos y sobre todo fiscales.

el problema del alcoholismo en México. Asimismo, sostiene que, si bien la población niega que la publicidad determina sus hábitos, las bebidas alcohólicas preferidas son las que se publicitan con mayor frecuencia. (*El Día*, 27/7/1987)

Algunas perspectivas económico-políticas consideran que el objetivo básico de la publicidad es el de la reproducción del capital, y que este constituye el principal motor de la actual alcoholización de masas. Otros autores sostienen que el incremento en el consumo, que supone cambios en hábitos y estilos de vida, no solo tiene que ver con la producción, sino que el objetivo prioritario, o por lo menos conjunto, es el del control social e ideológico de los sujetos y grupos, por supuesto que potenciado con otros mecanismos y procesos económicos y sociales.

Una parte del sector salud asume algunas de estas interpretaciones, encontrando en la publicidad la causal del incremento del consumo, pero proponiendo una concepción donde opera una suerte de autonomía de la publicidad respecto de la esfera productiva. Toda una serie de tendencias y de escuelas más o menos teóricas ha influido en estas propuestas; la escuela de Frankfurt, el funcionalismo consumista e incluso la teoría de los aparatos ideológicos de Estado, fundamentaron una interpretación donde es posible cuestionar a la publicidad y orientar contra la misma las sanciones, sin necesidad de actuar sobre la esfera productiva. Como tempranamente señalaba Paul Baran, este tipo de interpretación es como si uno le echara la culpa de los muertos a la guerra, sin analizar las determinaciones de la misma, cuando es transparente que las causas deben ser buscadas en “la empresa monopólica y oligopólica y en los procedimientos comerciales competitivos que forman parte de su funcionamiento” (Baran, 1980, p. 83). Un funcionamiento que implica la generación de consecuencias negativas, que en nuestro caso remiten a la alcoholización:

Lo que hace que el orden económico y social del capitalismo de monopolio sea tan destructivo, tan mutilante para el crecimiento y la felicidad del individuo, no es el hecho de que influya, modele, “sintetice” al individuo (eso lo hace todo orden económico y social, según el profesor Wallich), sino el tipo de influencia, de modelamiento, de “sintetización que penetra en sus víctimas”. (Baran, 1980, p. 41)

Desde esta perspectiva, puede decirse “que los caracteres más abominables y destructivos del orden capitalista devienen los fundamentos mismos de su supervivencia...” (Baran, 1980, p. 39). Y por lo tanto la publicidad, incluida

su capacidad para la construcción de nuevas necesidades y el impulso de antiguos deseos, debe ser ubicada dentro de un proceso económico-político que la institucionaliza en función de sus propios objetivos.

Pero, ¿cómo operan en este proceso de alcoholización los sujetos, los microgrupos y los conjuntos sociales que beben responsablemente o que se alcoholizan? Sin negar las propuestas “tipo Baran”, considero que tanto en las interpretaciones crasamente economicistas como en las de tipo ideológico mecanicista, domina una concepción según la cual los medios no solo orientan, construyen, transforman a los sujetos, sino que esto ocurre a partir de la pasividad y subordinación de los individuos y grupos sociales a los mandatos de la publicidad. Todo sujeto aparece como dominado por un consumismo que tiene poco que ver con él, ya que los medios determinan su comportamiento; o tal vez más grave aún, ya que para muchos analistas parece ser que el sujeto es los medios.

Curiosamente, en la actualidad son las empresas alcoholeras, y sus “académicos contratados”, como dice Singer (1986), los que proponen una explicación basada en la autonomía relativa del consumidor y en la racionalidad distintiva, cultural y social, rechazando la determinación de los procesos económico-productivos y de los mecanismos ideológicos construidos publicitariamente. Pero ocurre que esta explicación, que incluye partes de verdad, necesita no solo incluir a los sujetos, grupos y la dimensión cultural, sino que requiere reflexionar a partir de los datos históricos para asumir el papel existente, aunque limitado de la publicidad.

Y así podríamos observar que en México el notable desarrollo del consumo del pulque en los siglos XVIII, XIX y parte del XX y su mantenimiento como la bebida de mayor consumo hasta la década de 1940, no pueden ser adjudicados a la influencia de la publicidad. El desarrollo del consumo de bebidas destiladas en varios países europeos, y que condujo a lo que se conoce como la “era del gin” en Inglaterra, tampoco. El mantenimiento de un problema de alto consumo abusivo de alcohol en Rusia durante todo el periodo “soviético”, no puede ser atribuido a la propaganda, dado que la publicidad de bebidas alcohólicas era inexistente, y que gran parte de la producción de alcohol era familiar y comunal. Por supuesto que una parte de los analistas, argumentarían que la publicidad no era necesaria en dichos periodos, dado que todavía no se había construido un sujeto “consumista”, pero entonces ¿qué tipo de sujeto eran el de la edad del gin en Inglaterra o el que vivió en la URSS entre 1922 y 1990?

No cabe duda de que en todos estos casos existe un mantenimiento o desarrollo de la producción alcoholera que impulsa el consumo, y que no utiliza la publicidad para ello. Por eso la pregunta estratégica a responder es

¿cuáles son las necesidades, la funcionalidad, las condiciones de cada grupo que asume, integra, se apropia de dicho consumo? Reducirlo a la publicidad o a la producción es seguir no solo no tomando en cuenta la racionalidad social, ideológica y también económica de los consumidores, sino partir del supuesto de que los medios, los aparatos de Estado, la clase dominante, el biopoder pueden construir unilateralmente las necesidades, hábitos, actitudes de las clases sociales medias y subalternas. Por lo cual, sin negar el peso de estos procesos, necesitamos reconocer la incidencia de la construcción infinita e interminable del deseo, la constitución y reconstitución de necesidades, la refuncionalización social y cultural de la producción-consumo, los cuales implican incluir a los sujetos.

Al señalar esto no negamos en absoluto la función de los medios como “realizadores” de la producción ni como mecanismo potencial de control, sino que planteamos la necesidad de un análisis que incluya a los conjuntos y sujetos sociales en función de su autonomía relativa y sobre todo en función de las transacciones sociales que operan entre los diferentes sectores sociales. Y menos aún negamos el peso decisivo de la producción alcohólica, la cual se monta según nosotros en determinadas necesidades y objetivos de las comunidades, grupos y sujetos, a partir de sus circunstancias específicas. Pero además nuestra propuesta, no supone pensar en un sujeto-comunidad como agente de la oposición y de propuestas alternativas, sino en la necesidad de incluir a los diversos actores sociales que operan, y no jugar a la polarización ideológica permanente.

Si a nivel internacional, y en México en particular, la industria alcohólica es la que más invierte en publicidad, ello tiene un objetivo que suponemos ningún empresario alcohólico puede negar: el de vender en, cada vez mayor cantidad, la producción generada. Este dato obvio no puede ser negado, pero ¿es el proceso productivo el que genera el consumo de alcohol en los sujetos y grupos? Y complementariamente, ¿es dicho impulso al consumo el que genera el alcoholismo como enfermedad? Lo que conduce a discusiones técnico-ideológicas en las cuales puede converger o divergir posiciones contradictorias; ya que por ejemplo la industria alcohólica sostiene que el alcohol no genera alcoholismo, es decir que el problema del alcoholismo no está en el alcohol. Y en esto los productores coincidirían con algunas de las principales, y en algunos casos radicales, tendencias psicoterapéuticas, así como con prácticamente todas las tendencias psicoanalíticas, así como con algunas hipótesis procedentes de la antropología culturalista y en particular del interaccionismo simbólico.

Producción de alcohol y producción de conocimiento

Las investigaciones, los estudios, las interpretaciones teóricas respecto del alcoholismo y del proceso de alcoholización —como por supuesto respecto de la mayoría de los procesos— no son solo producto de las necesidades y objetivos de los aparatos médico-sanitarios; de decisiones o interés individuales y colectivos profesionales y/o académicos, sino cada vez más de objetivos empresariales. Y así, por ejemplo, las empresas alcoholeras han promovido la creación de un centro de investigación denominado *Distilled Spirits Council of the United States* (DISCUS) que financia estudios sobre alcoholismo y alcoholización. En una revisión de conjunto del problema del alcoholismo, el vicepresidente de DISCUS, Cavanagh, considera que equivocadamente se cree que el alcohol es la causa directa, simple y absoluta del alcoholismo, de una parte de los accidentes o de la mortalidad temprana; así como también se cree que la publicidad juega un papel importante en esa causalidad, y que la mera posibilidad de fácil acceso a la compra de bebidas representa una amenaza para la salud pública y la seguridad social. Sin embargo, continúa el autor, toda una serie de investigaciones y opiniones profesionales concluyen que la mayoría de los bebedores no devienen alcohólicos ni desarrollan problemas de salud; que los bebedores moderados evidencian un estilo de vida sano, longevo y de bienestar; que las sanciones informales, costumbres y normas son a largo plazo las medidas más efectivas para reducir el consumo abusivo y fomentar la moderación; que las medidas represivas no dan resultados y pueden causar problemas sociales, lo cual “coincide” con gran parte de las propuestas de la antropología culturalista.

Además, refiriéndose al creciente consumo de alcohol por parte del sector juvenil, vuelve a recuperar las condiciones culturales como decisivas, señalando que la iniciación a temprana edad no implica que deba haber problemas, recordando que en determinadas culturas y grupos sociales se aprende a beber desde niños, y no se generan problemas de alcoholismo. Este planteo “antialcohólico” conduce a proponer políticas de salud basadas en la educación para la moderación, a partir de reconocer la autonomía cultural de los conjuntos sociales.

En este análisis el énfasis en las hipótesis socioculturales tiene una doble función. Primero, centrar el problema en el alcoholismo, de tal manera que no se informa que justamente en la mayoría de los países donde no hay alcoholismo y donde se aprende a beber desde pequeños —más o menos como los enanos—, me refiero a Italia, Argentina, España o Francia, que tienen o han tenido algunas de las más altas tasas de mortalidad por cirrosis hepática. Segundo, y posiblemente más relevante que esta hipótesis, conduce

a focalizar la problemática no solo en la cultura, sino en la responsabilidad individual¹³. Pero no cabe duda de que varios de los aspectos señalados por Cavanagh, y que proceden de estudios específicos son correctos, ya que como hemos señalado reiteradamente la inmensa mayoría de las consecuencias tanto negativas, positivas como ambivalentes del alcohol no son producto de este, sino de los usos que los sujetos y grupos hacen del alcohol pero que, por supuesto, no debemos reducir solo al papel de los sujetos y microgrupos, como lo hemos analizado previamente.

Son justamente estos procesos los que convierten en complejas las definiciones, las interpretaciones y las decisiones respecto del alcoholismo, ya que es correcto reconocer el papel de las empresas alcohólicas en el impulso a la producción y al consumo de alcohol; al igual que también es correcto asumir la existencia de una racionalidad cultural e ideológica que sobredetermina el consumo y en muchos casos también la producción; y además ponderar el papel del sujeto y de su microgrupo en qué hacer con el alcohol incluyendo su deriva patológica o “normal”.

Es también correcto aplicar medidas educativas para los diferentes sectores sociales de alto riesgo como son las embarazadas, los conductores de automotores, o los jóvenes en “situación de calle”; al igual que es aceptable evaluar la posibilidad de modificar las condiciones de un medio social “abusivo” y transformarlo en un medio “moderado”. Pero, ¿cómo hacer compatible esto con el continuo incremento de la producción alcohólica, pero también con los deseos, necesidades y/o compulsiones de los sujetos y grupos, en el entendido de que estos no son meras marionetas de sus sociedades y culturas, ni de la genética, pero tampoco del inconsciente? O ¿tal vez lo somos?

¿Cuáles son los mecanismos, funciones, necesidades sociales e ideológicas que operarían hacia la “moderación” cuando lo dominante es el individualismo, la mercantilización y el consumismo, según dicen varios expertos en alcoholismo; cuando las publicaciones, incluidas las de la OMS, indican la creciente invasión alcohólica de “culturas” que rechazan el alcohol sobre

¹³La aceptación de las hipótesis culturalistas por parte de un sector de la industria alcohólica se complementa con el fracaso de las hipótesis biologicistas, ya que hasta ahora no ha podido demostrarse la existencia de una predisposición biológica, ni ha podido hallarse una terapéutica satisfactoria de base bioquímica. En consecuencia, las perspectivas biologicistas, al igual que en el pasado, podrían conducir a la aplicación de medidas de prohibición total, por lo menos para los sectores considerados de riesgo. El relativismo cultural que establece la nueva mirada alcohólica conduce, como casi todo relativismo, a permitir que pragmáticamente la relatividad se transforme en inducción, al ser en última instancia referida a las reglas “libres” del mercado. El relativismo cultural, como la mayoría de las conceptualizaciones, dependerá no de la abstracción teórica en sí, sino de las fuerzas económicas y sociales que se hagan cargo de estas.

todo por principios religiosos y morales; cuando sabemos que son los países europeos, caracterizados por su mejor nivel de vida y su mayor nivel educativo, los que tienen los más altos consumos de bebidas alcohólicas, que ahora tendría que ver con la depresión y con la “autodestrucción” que caracterizaría a estas sociedades según otros expertos? Y si bien sabemos que países de altísimo consumo como Francia han reducido notoriamente el consumo de alcohol, no sabemos si ello ha impactado en los cuadros de enfermedad mental dominantes. Más aún, no sabemos si el descenso del consumo es debido, como dicen algunos, al cambio en los estilos de vida especialmente de las clases medias, mientras otros lo atribuyen al notable incremento demográfico de la población musulmana, o tal vez a ambos procesos.

La cuestión alcohólica no debiera ser planteada en términos polarizados de negativo/positivo; de prohibición/no prohibición; o de moderación/no moderación, sino en establecer las diferentes posibilidades que propician saberes y consecuencias negativos y positivos tanto desde perspectivas emic como etic, tanto en términos de los diferentes actores sociales implicados en los procesos de alcoholización. Para lo cual necesitamos repensar las preguntas y los objetivos de las investigaciones respecto del alcoholismo, dado que los mismos han mantenido a través del tiempo similares interrogantes; y partiendo en su casi totalidad de las consecuencias negativas del alcohol, por lo menos desde mediados del siglo XIX.

Uno de los más serios problemas actuales en términos epistemológicos y de antropología de la ciencia es asumir que la industria alcoholera —como antes y también ahora la industria tabacalera— financia estudios sobre las consecuencias y beneficios del alcohol. Y que, como señalamos, esto no es nuevo ni reciente ni se limita a ciertos países, sino que se desarrolla en contextos como el mexicano, donde la industria alcoholera ha desarrollado una continua labor de investigación e intervención disuasivas y promocionales. Desde finales del siglo XIX y desde principios del siglo XX, algunos de los más destacados publicistas mexicanos escribieron, y en algunos casos desarrollaron investigaciones financiadas por las industrias pulquera y cervecera. Francisco Bulnes no constituye la excepción a que generalmente se hace referencia, solo es el más conocido de los autores. Varios médicos y científicos sociales escribieron apologías de determinadas bebidas alcohólicas durante las décadas de 1920 y 1930, e incluso en 1936, el Primer Congreso Nacional contra el Alcoholismo fue auspiciado por la Unión de Fabricantes de Vinos y Licores de la ciudad de México, que además financió la publicación de las resoluciones de dicho Congreso. Es decir, en México esta intervención empresarial tiene una larga historia, cuyo núcleo inicial lo constituye el enfrentamiento cerveza-pulque, pero que no puede ser reducido a esa polémica. La

Compañía Expendedora de pulque encomendó en 1910 tres estudios sobre las cualidades de la cerveza y del pulque a tres reconocidos intelectuales Allen, Bulnes y O'Gorman "...quienes comprobaron que la cerveza era más alcohólica que el pulque". Con esos argumentos la Compañía presionó al gobierno para que el comercio de la cerveza se sometiera a la misma reglamentación que tenía el pulque. No obstante, sus reclamos no prosperaron (Leal, Huacuja & Bellingeri, 1978, p. 228-229), y Bulnes recibió 50.000 pesos mexicanos por ese trabajo. Y justamente en el material publicado por este autor pueden detectarse elementos recuperables no solo para una historia de la relación empresarios-intelectuales, sino para aclarar los procesos que operan en las confrontaciones intelectuales que surgen al respecto. Según Bulnes:

En México desgraciadamente la ciencia llega a dar escándalos, como los ha dado la política según nuestra historia; con la diferencia de que nadie se ocupa de hacer historia de nuestra ciencia. Tenemos una bebida fermentada llamada pulque; llegó un momento en nuestra vida nacional de tener sabios bacteriologistas y estos vieron dentro del pulque una levadura, una bacteria, un bacilo y dos micrococos y espantados declararon a la sociedad que el pulque es una bebida envenenada a causa de cinco microorganismos intrusos que era preciso destruir o bien condenarla en el severo tribunal de la higiene. (Bulnes, 1909, p. 135-136)

Pero, además, este autor señala que la criminalidad atribuida al pulque no debe ser encontrada en esta bebida, sino en las condiciones sociales que la favorecen, lo cual retoma en 1916 otro intelectual, Riquelme, para concluir que las críticas al pulque no tienen que ver con esta bebida en sí, sino porque esta "...estorba al vendedor de otras bebidas alcohólicas destiladas y fermentadas, y hace la competencia a las mismas. Es pues un enemigo de ellas y hay que aniquilarlo para que les deje el campo libre" (Riquelme, 1916, p. 272). Cabe señalar que tanto los "publicistas" como Bulnes como los "sabios bacteriologistas" sabían que sus trabajos científicos y no científicos tenían que ver con "verdades" y decisiones que iban a ser decididas en el campo económico-político e ideológico, y no precisamente por ellos.

El sector empresarial, y especialmente en el campo de la salud-enfermedad, se ha caracterizado por financiar no solo investigaciones, sino investigadores sobre todo para realizar nuevos descubrimientos científicos, pero también para que oculten, opaquen o disminuyan las críticas contra determinados productos, y ello ha ocurrido y sigue ocurriendo en forma cada vez

más sofisticada. Según el citado Cavanagh, DISCUS ha dado desde 1960 alrededor de 400 *Grants* a unas doscientas instituciones para la investigación del alcoholismo, por lo que, a la luz de la historia del mismo, lo señalado por Flores Espinosa en 1965 sigue siendo vigente, por lo menos en México. Cabe recordar que, en la década de 1960, la industria cervecera publicó el estudio más actualizado, en términos bibliográficos, generado en México sobre las características de las bebidas alcohólicas y en particular de la cerveza, en términos estrictamente relacionados con problemas de salud. Por lo que, en la misma época, Flores Espinosa, uno de los más destacados especialistas en cirrosis hepática, declaraba lo siguiente:

Ha existido una situación por demás peculiar que me afecta directamente; se refiere a la ayuda que la Asociación de Introdutores de whisky ha estado proporcionando al Hospital General en donde yo trabajo. Cada año dicha asociación entrega al director del hospital un cheque, por lo menos de un millón de pesos que debe aplicarse a mejoras del instituto. En mi fuero interno no puedo menos de agradecer a estos señores comerciantes... Pero, por otro lado, me resulta irónico que sean precisamente los que contribuyen a alcoholizar al pueblo mexicano los que, como penitencia por sus pecados y quizás por arrepentimiento ayudan al Hospital General con sumas tan cuantiosas: "Primero hacen los borrachos y después ayudan a curarlos". (Flores Espinosa, 1965, p. 254)

En fecha reciente (1982-1984) la más importante compilación de trabajos científicos sobre alcoholismo editada en México, y en la cual intervinieron la mayoría de los principales especialistas nacionales, fue parcialmente financiada por un sector de la industria alcoholera (Fundación de Investigaciones Sociales AC), la cual también ha auspiciado el desarrollo de cursos informativos y de educación para la salud. En conclusión, una parte de la investigación, difusión y divulgación está dirigida a demostrar que el consumo de alcohol no genera necesariamente alcoholismo, que la publicidad no es su principal causa; que el creciente proceso productivo puede, sin embargo, posibilitar un consumo moderado. Y que, por lo tanto, son los conjuntos sociales y sobre todo las personas las que tienen la responsabilidad sobre el consumo sobrio o abusivo, sano o patológico. Y es esta última afirmación la que realmente constituye el núcleo ideológico explicativo y a la cual son referidos los fundamentos culturales y las aplicaciones educacionales. Con terminología actual, serían los estilos de vida de sujetos y grupos los que generarían o no el alcoholismo como enfermedad y como problema social a nivel individual.

Que el factor económico es el determinante del aumento de la producción de alcohol es tan obvio que tal vez por eso es necesario recordarlo. Que los fabricantes de alcohol, así como los trabajadores dependientes del medio industrial, agrario y de servicios, tratan de que se incremente la producción, obtener ganancias y mantener el puesto de trabajo, también es obvio, aunque es menos tomado en cuenta. Que dicha producción busca incrementarse por todos los medios, constituyendo en determinados momentos una vía de salida a recesiones productivas¹⁴, también es reconocible. Que el objetivo de dicho desarrollo productivo no es generar alcoholismo, debe reconocerse para no caer en mecánicos planteos conspirativos referidos a la clase dominante. Pero que en este proceso productivo operan procesos ideológicos de ocultamiento/opacamiento que tienen que ver directamente con las categorías de mercancía y alienación, o con categorías explicativas alternativas, también debe ser incorporado al análisis para dar cuenta de la escisión analizada. Que esta industria trata además de influir directa o indirectamente en el sector salud, y que actúa sobre todo pragmáticamente, es parte de las reglas del juego que se verifican en las políticas reales llevadas a cabo por este sector, y que ya hemos analizado¹⁵.

¹⁴Esta característica de la producción alcoholera puede rastrearse en México desde mediados del siglo XVIII para una de las bebidas destiladas de mayor consumo, el aguardiente de caña llamado chinguirito o chinguere. Esta bebida, pese a estar expresamente prohibida por leyes coloniales, siguió siendo producida por los grandes y pequeños productores. Inferimos que al igual que en Perú (véase Cushner 1980) esta producción fue uno de los rubros que permitieron los mayores ingresos en las haciendas azucareras, pese a su prohibición. Desde una perspectiva exclusivamente productiva, era un absurdo no utilizar la mayoría de los subproductos de la elaboración azucarera que, como sabemos, son las mieles. “El propósito de los propietarios de fincas azucareras es evidente que fue el de extraer el mayor porcentaje de azúcar cristalizable en la caña, pero en el terreno de la práctica hasta fines del siglo pasado o sea durante la edad cortesiana solo lograron extraer un 33% de azúcar y en cambio la miel figuraba en un 66% [...] El industrial de tierra caliente se situaba ante un dilema infranqueable: o se desprendía de su producto estorbo a un precio bajo, si había comprador, o se decidía a montar una fábrica de aguardiente, como se decía antes, o de alcohol, como ahora se la nombra, para poder obtener un producto de primera clase cotizante en todas las plazas” (Ruiz de Velazco, 1937, p. 267). Durante centurias, lo que obtuvo en mayor cantidad fue la miel; este abundante “...subproducto ha servido únicamente para transformarlo a su vez en la bebida conocida como aguardiente, o sea, un alcohol de baja graduación y con cierto aroma que, al efectuar su venta en el mercado, contribuía en buena parte a engrosar las utilidades debidas a la caña de azúcar” (Ruiz de Velazco, 1937, p. 279). “Durante los primeros tiempos de la Conquista, en la Época Colonial, en los de la Independencia y hasta hace muy pocos años, de las mieles fermentadas se extraía invariablemente aguardiente o chinguere... Esta palabra ha servido en el país para designar ciertos alcoholes de 48° a 85° que conservan ciertos sabores y aroma particulares...” (Ruiz de Velazco, 1937, p. 279).

¹⁵La “astucia” de la industria alcoholera puede ser observada en múltiples dimensiones, incluida la apropiación de conceptos considerados antagónicos a la misma. Así el movimiento antialcohólico del siglo XIX propiciador de políticas prohibicionistas manejaba el concepto de templanza que fue desapareciendo, para ser remplazado por el de “moderación”, manejado ahora por la industria alcoholera. Inicialmente se aplicó a las bebidas fermentadas y posteriormente al resto de las bebidas alcohólicas.

El complejo alcoholero establece de hecho una escisión entre individuo consumidor y sociedad productiva, radicando en la “irresponsabilidad” del sujeto la culpabilidad de las consecuencias de los usos del alcohol. Lo que puede ser analizado a través de lo que Beauchamp denomina “mercado de salud”, y que este autor utiliza para analizar ciertos procesos en el caso de EEUU. Para este autor, la concepción de la justicia social, y en consecuencia de la justicia en salud, se basa en la noción de mercado de justicia, según el cual las personas tienen derecho a ciertas metas valoradas positivamente como son el mejor nivel de vida, los montos de los ingresos, y la felicidad, que solo se lograrían mediante el esfuerzo, acciones y capacidades individuales. Por lo que “...en el mercado de justicia se da importancia a la responsabilidad individual, a la acción colectiva mínima y a la exención de obligaciones colectivas, salvo el respeto a los derechos fundamentales de los demás”, concluyendo que en EEUU, por más que se reconoce la necesidad de protección a la salud, sin embargo “...todavía predomina la pauta del mercado de justicia, y el deber de prevenir enfermedades y lesiones corresponde al individuo” (Beauchamp, 1982, p. 716).

Esta concepción, según Beauchamp, conduce a reducir el ámbito de la prevención colectiva y a responsabilizar a los que padecen —los pacientes— y no a los “productores del mal”. Según esta concepción, una fábrica que contamina debe ser controlada, pero no una empresa alcoholera que no contamina; las consecuencias de esta última son consideradas no a partir del proceso productivo, sino del que consume. El sector salud tiende en consecuencia a diferenciar arbitrariamente entre riesgos voluntarios e involuntarios, según lo cual éstos formarían parte de un estilo de vida personal o grupal que no debe ser interferido a partir de respetar los derechos básicos de los individuos. Por lo que, en lugar de colocar el eje del problema en la voluntad de los productores, es colocado en la actividad libre del consumidor, lo cual cuestiona Beauchamp:

De acuerdo con la definición del modelo señalado, el alcoholismo se define en términos individuales, sobre todo en relación con las características de las personas que son “incapaces” de controlar su forma de beber. En otro trabajo (1975) demostré que este argumento es conceptual y empíricamente erróneo, y que los problemas ocasionados por el alcohol son colectivos y requieren controles más apropiados para prevenir tan importante riesgo. (Beauchamp, 1982, p. 731)

En su análisis Beauchamp no solo hace explícitos los fundamentos ideológicos de una parte del Sector Salud y de los productores, sino que plantea un

problema crucial que es el referido a la función del Estado. A través del alcoholismo, y sobre todo de la alcoholización, puede analizarse en forma particular toda una serie de redescubrimientos de teorías cuestionadoras de determinadas concepciones que habían sido mantenidas sobre todo por grupos progresistas. Tanto desde corrientes antipsiquiátricas, como de “consejistas” en política y de liberales en economía, se ha cuestionado el papel del Estado referido sobre todo a sus acciones limitadoras de las libertades sectoriales, de las autonomías personales y colectivas, así como de su inducción a la pasividad y a la subordinación. En esta convergencia crítica, y en la cual participaron continuamente los sectores empresariales, no queda nunca demasiado claro dónde queda la “salud pública”. Un Estado que se niega a legislar para proteger la salud en nombre de las libertades individuales, pero que al mismo tiempo fomenta la alcoholización a través de la “libre empresa”, implica la existencia de una ideología económico-política que supone que en la lucha social “libre” se imponen determinados sectores sociales que reúnen las condiciones más idóneas para esa lucha.

Cuestionar el estatismo, pero eliminando la planificación y excluyendo las acciones colectivas de gestión, permite una liberalización que, al cuestionar razonablemente la centralización, el burocratismo y el autoritarismo estatal, no toma en cuenta la existencia previa de fuerzas sociales que utilizan la liberalización para la explotación y la subordinación de la población, y especialmente de las clases bajas. Liberar el mercado de la salud y de la enfermedad, en una sociedad con pobreza extrema, y fuertes desigualdades estructurales económicas y políticas, así como dejar al “libre” juego de las fuerzas sociales la solución de los problemas de enfermedad-atención, supone no reflexionar no digamos radicalmente sino con mero sentido común por parte de los que impulsan la autonomía del sujeto respecto del Estado. Pero, además, estas propuestas piensan en un Estado que se excluye de controlar las actividades productivas negativas para la salud de la población, a la cual las empresas les imponen libremente no solo sus mercancías, sino las consecuencias negativas de, por lo menos, una parte de las mismas. Como concluye Beauchamp:

El problema primordial es la injusticia de una ética de mercado que incorrectamente protege a las mayorías y a los intereses de los poderosos, para que no asuman la parte justa que les corresponde tanto de responsabilidad en la prevención, como de convencer al público de que la tarea de proteger la salud de la población sobrepasa categóricamente las normas del mercado de justicia. Esto significa que la función de cada nueva definición de un problema específico debe ser el planteamiento de una cuestión común y reiterativa de la justicia,

mediante el descubrimiento de las estructuras agresivas y poderosas implicadas en todos los casos de muerte e incapacidad prevenibles, además de indicar la necesidad de aplicar medidas colectivas para confrontar y combatir esas estructuras. (Beauchamp, 1982, p. 732)

De hecho, los productores de enfermedad harán publicidad “moderada” solo cuando se les obligue a realizarla, o cuando las condiciones económicas favorables los induzcan a su realización. Si no existe obligación impuesta por el Estado y/o la sociedad civil, las empresas privadas no generan espontáneamente ese tipo de publicidad como históricamente puede verificarse para México. En una investigación comparativa se analizó información sobre los problemas de salud en jóvenes, y se concluyó que en los diferentes países no se difunden ampliamente los riesgos a la salud generados por el consumo de alcohol (Population Reference Bureau, 1987).

Desde la perspectiva del aparato médico-sanitario y de su reorientación hacia la desregularización y descentralización, debe tenerse siempre presente cuáles fueron las actividades anti-salud desarrolladas por la industria tabacalera, incluso cuando se demostró la nocividad del producto. Recién en los últimos años se reconoce que esta industria, a través de sus propias investigaciones, había ya llegado en las décadas de 1950 y 1960 a verificar que el consumo de tabaco generaba cáncer en forma directa, o potenciaba el desarrollo cancerígeno a través de un proceso sinérgico con otros agentes. No obstante, la industria del tabaco no modificó sus políticas empresariales, sino cuando la evidencia científica y básicamente las presiones del Estado y de los grupos sociales hicieron inevitable el reconocimiento de las consecuencias negativas del consumo de tabaco. No obstante, ha seguido generando alternativas a través de la cual trata de seguir expandiéndose.

Los productores de enfermedad a pesar de conocer los resultados negativos de sus productos, privilegian la reproducción del capital y no la de la enfermedad. Pero si esto lo referimos a la producción alcoholera, la situación es aún más paradójica, porque tanto la industria como el sector salud saben desde hace muchos más años que el consumo de alcohol es el principal generador de cirrosis hepática, y sin embargo ello no los ha conducido a generar políticas similares a las llevadas a cabo respecto del tabaco, sino que cada vez se disimula más, a nivel clínico, esta relación.

Lo que necesitamos asumir es que la colusión sector salud-industria de la enfermedad opera a través de formas de acción que se normalizan socialmente a través de muy diferentes procesos y actores sociales. Y así, por ejemplo, en varios países de América Latina, incluido México, fueron desapareciendo los bebederos no solo de plazas y jardines sino de las escuelas.

De tal manera que los niños comenzaron a vivir de un modo normalizado la ausencia de los mismos, reemplazándolos por el consumo de refrescos, lo que fue reforzado por las acciones tanto del sector salud como del sector educativo, pero también de los padres que no asumieron este cambio de “normalidad”. Y desgraciadamente los investigadores también normalizaron estos nuevos consumos, o mejor dicho muchos los denunciaron, pero sin buscar por qué la población lo había normalizado, o atribuyéndolo mecánicamente a causales económicas.

La producción de conocimiento crítico se articula con una concepción económica dominante en formas diversas y aparentemente paradójicas. Por una parte, las corrientes que recuperan el papel del sujeto se articulan con las propuestas económicas que colocan en el consumidor y no en el productor la responsabilidad respecto de productos generados, sin embargo, para el consumo colectivo. El incremento constante del consumo de alcohol en mujeres y el desarrollo correlativo de problemas de salud, no solo no es asumido por la industria alcoholera, sino tampoco por las corrientes feministas, algunas de las cuales lo ven como parte de su empoderamiento, lo cual no niego pero que sería relevante analizar.

El aparato médico-sanitario centra sus acciones sobre la disponibilidad y sobre la publicidad, sin incluir realmente a la producción y su papel en la construcción ideológica del sistema de necesidades, pese a que incluso los más importantes especialistas como Jellineck (1960) reconocían la importancia de los factores económicos, no tanto respecto de la etiología del alcoholismo, sino como limitador de las acciones antialcohólicas. Al respecto, Faris llega a concluir que: “Así como hay un complejo militar-industrial que se beneficia con la guerra, hay un complejo Estado-industria que se beneficia con la continua liberalización de las leyes sobre la producción y consumo de alcohol” (Faris, 1974, p. 47). Pero, como venimos señalando, sin negar este proceso, lo que necesitamos es dilucidar el papel activo/pasivo que los grupos y sujetos tienen en dicho proceso; un proceso caracterizado no solo por su complejidad, sino porque en el mismo operan diferentes actores sociales con objetivos, necesidades y deseos diferentes, contradictorios, pero también complementarios.

Estos aspectos, aunque referidos a otros procesos, los vengo fundamentando desde hace años (Menéndez, 1970), necesitamos desarrollar una vigilancia no solo epistemológica sino ideológica de los estudios, los programas y las acciones, lo que no niega sino que complejiza el hecho de que, si bien las industrias de la enfermedad y de la salud sean parte de las causales de ciertos problemas de salud colectivos, ello no implica desarrollar una actitud unilateral y maniquea que obture nuestras formas de reflexionar al respecto,

ignorando el papel de los sujetos o proponiendo constantemente polarizaciones. Lo cual aparece, a nuestro juicio, paradigmáticamente planteado en una discusión que se generó entre Ferenczi y Bleuler en 1911, donde el primero sostiene que “los partidarios del antialcoholismo intentan ocultar el hecho de que el alcoholismo es una consecuencia grave de la neurosis, pero no su causa” (Ferenczi, 2009, p. 195), ya que las causas hay que buscarlas en los problemas neuróticos del sujeto y no en el alcohol. Frente a lo cual Bleuler lo acusó de favorecer los intereses de la industria alcoholera.

Es decir, sin negar el papel de esta industria —por lo menos desde que existe— necesitamos tanto a nivel de sociedades, de comunidades, de grupos, como de sujetos, ver cuáles son los procesos que generan negatividad, positividad o ambivalencia en los mismos a través de las dimensiones económico-políticas, socioculturales y subjetivas. Los manejos de las tendencias preocupadas por el alcoholismo y relacionadas con la industria alcoholera, reconocen y ocultan simultáneamente el papel de la producción en la generación de enfermedad y padecimientos ya que, al convertirlo exclusivamente en alcoholismo, cuestionan que el alcoholismo sea producto del alcohol como ya vimos, pero simultáneamente excluye sus consecuencias en toda una serie de padecimientos físicos y orgánicos... Además, las corrientes de salud pública y las corrientes psiquiátricas han reconocido-ocultado el papel positivo que puede cumplir el alcohol en procesos de identidad, de diferencia, de oposición social; mientras que gran parte de la investigación antropológica solo ha reconocido dichas funciones ocultando el papel del sujeto incluido su inconsciente, o reduciéndolo a inconsciente cultural. Así como las corrientes epidemiológicas psiquiátricas oficiales, y más allá de sus explicaciones más o menos teóricas, colocan en el alcohol los principales indicadores de sus análisis y propuestas referidas al abuso del consumo, a los niveles de alcoholismo, a las estrategias de intervención.

Por lo cual, reiteramos la necesidad de generar un enfoque más o menos unificado que en primer lugar asuma los diversos ocultamientos y reconocimientos señalados, y los articule para poder proponer un modelo orientador que refiera específicamente a los diferentes niveles de análisis y actores sociales que podemos distinguir en una situación históricamente determinada, evitando hasta lo posible montarnos sobre las polarizaciones existentes.

Capítulo 8

Pero sigo siendo el rey o la paradoja de las enfermedades que no lo son

Chingar
Chinguere
Chinguirito

En México, todos sabemos qué quiere decir chingar, o las diferentes acepciones con que esta palabra es utilizada en la vida cotidiana mexicana, ya que puede significar molestar, coger o matar a otra/o pero cada vez menos personas saben qué quiso y quiere decir chinguere, y el vocablo chinguirito está en vías de desaparición. Los dos últimos términos aluden a bebidas alcohólicas, específicamente al aguardiente de caña de azúcar, y dichas denominaciones no deben ser consideradas como equívocas o como un mero juego popular de palabras. La relación entre chingar y alcohol, a través de la muerte, debe ser colocada en el centro de una explicación dinámica del proceso de alcoholización, por lo menos en México (Lope Blanch, 1963; Paz, 1959).

Pero esta relación, si bien aparece en las estadísticas vitales referidas a cirrosis hepática, accidentes y homicidios, no está remitida a una reflexión sobre la relación alcohol-muerte que todos conocemos en México, incluidos los médicos. Más aún, esta relación remite a toda una serie de representaciones colectivas que a veces conocen los equipos de salud como, por ejemplo, la que sostiene que “toda fiesta necesita su muertito”, lo cual desgraciadamente entre nosotros no solo es una representación, sino también una práctica.

Como hemos señalado, incluso estadísticamente, a lo largo de este texto, el alcohol no solo aparece en los accidentes y los homicidios, sino también en los suicidios; es decir que en aquellos hechos donde la muerte tiene que ver directamente con ciertos comportamientos, necesitaríamos la presencia del alcohol en nuestros cuerpos. Pero ocurre que, a la hora de actuar médicamente respecto del alcoholismo tanto en términos clínicos como preventivos, estos aspectos no aparecen, de tal manera que los encargados de actuar

sobre este problema excluyen la muerte, para analizarla y a veces actuar solo a través de la mortalidad; aclarando que por mortalidad me refiero al dato epidemiológico, y por muerte a los rituales, relaciones, significados colectivos y subjetivos organizados en torno al hecho de morir.

Considero que en la trayectoria del alcoholismo como enfermedad hay un hecho que remite a lo que estoy señalando, ya que en el momento en que el alcoholismo aparece como la principal causa de enfermedad mental en varios países europeos —finales del siglo XIX— y, además, como el hecho más relacionado con violencias y homicidios, tanto a nivel médico como jurídico, se desarrollan reglamentaciones según las cuales la alcoholización del homicida reduce su responsabilidad, al considerar que actuó bajo el efecto de una sustancia que “obnubila” la razón y reflexión. Es decir, el acto agresivo está en el alcohol y no en el sujeto que mata. Esta reglamentación, que se mantuvo en muchos países hasta casi nuestros días, condujo a que una parte de los agresores, incluidos homicidas, simularan alcoholismo para evitar ser encerrados en cárceles, pues de los manicomios se escapaba quien quería, por lo menos a finales del siglo XIX y principios del XX.

El aparato médico-sanitario actual no trata estos procesos en forma complementaria, ni siquiera cuando habla de educación para la salud o cuando rápidamente vincula violencias con consumo de alcohol, pero sin analizarlo en términos de muerte. Respecto del alcoholismo, el sector salud maneja, por lo menos a nivel manifiesto, varias propuestas que ya hemos revisado, y en las cuales domina una explicación económico-ocupacional, más allá de que aplique o no medidas al respecto. Las representaciones y las prácticas sociotécnicas de dicho aparato siguen estando depositadas en una suerte de juego de apariencias que, en parte, hemos analizado a través del complejo producción/publicidad/alcoholización y su relación con el Estado, o si se prefiere con los gobiernos. Porque los datos presentados expresan que el reconocimiento por parte del sector salud del papel que tiene la industria alcoholera en el incremento del consumo, necesita ser articulado con el papel económico que esta industria tiene para los diferentes niveles de gobierno.

Regla y transgresión: un juego que todos jugamos

Junto a la reglamentación publicitaria, que sigue siendo transgredida, debido en gran medida a su ambigüedad¹, el aparato médico-sanitario ha tratado

¹De acuerdo con el artículo 34 de la Ley de Salud “la mayoría de los mensajes publicitarios vio-

de actuar sobre la disponibilidad y accesibilidad al producto. La principal medida aplicada sigue siendo de tipo impositivo, buscando incrementar el precio de las bebidas alcohólicas, incluido el alcohol de 96°.

La política de altos impuestos ha sido históricamente la principal política, sin que hasta ahora haya demostrado su eficacia antialcohólica². Para 1987, el 72% del valor de venta de la mayoría de las bebidas alcohólicas correspondía a impuestos, lo cual debiera traducirse en un aumento real del precio y en una disminución del consumo, siempre y cuando no operaran otros factores que, en los hechos, no han sido controlados. En la práctica, no solo no ha disminuido el consumo, sino que se habría incrementado la adulteración, la producción y la venta ilegal y la disminución de la calidad del producto³.

En la década de 1940, la política impositiva acentuó la adulteración del pulque y, en las décadas ulteriores, la pérdida de calidad afectó al conjunto de la producción alcohólica. El Instituto Nacional del Consumidor, luego de una investigación, concluyó que la mayoría de los brandis nacionales estaba adulterada, que la mayor parte de su contenido consistía en una mezcla química de azúcar de caña, superfosfato de amonio y ácido sulfúrico fermentado, a la cual se le agregaba levadura y se la destilaba.

La aplicación de impuestos se ha manejado en los diferentes niveles, empezando por el nacional, pasando por los estatales y llegando a los municipales. Pese a ello, el precio del producto en su conjunto ha tendido a disminuir en términos comparativos, cumpliendo una suerte de regla histórica verificada en otros contextos nacionales, a través del análisis de medianos y largos períodos históricos. Y así, por ejemplo, observamos en 1989 que

la esta legislación, lo cual es debido a la ambigüedad de dichos reglamentos que no se aplican debidamente". (*Excelsior*, 5/7/1989)

²El dirigente del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Industria Vitivinícola, que además es diputado nacional "...señaló que un nuevo impuesto a la venta de bebidas alcohólicas no inhibiría el consumo de este producto en la población capitalina. Destacó que la industria vitivinícola ha sido de las menos afectadas y tras advertir que únicamente empresas con menores recursos se han visto en problemas, aseguró que existen compañías que incluso han incrementado su planta de empleo. En este sentido, recordó que en el momento en que se dejó de importar productos alcohólicos, la industria nacional incrementó su producción, y subrayó que desde hace mucho tiempo la rama vitivinícola ha sido la industria más gravada por el fisco" (*Metropolis*, 17/10/1986).

³Ya en la investigación coordinada por De la Fuente (1954) se había demostrado el consumo de preparados farmacéuticos como bebida alcohólica, tanto por indios como por mestizos. No poseo información sobre si la SSA ha investigado esta situación actualmente y ha cuantificado este tipo de forma de obtener alcohol. Esto lo considero de sumo interés porque "Durante la 39 Asamblea de la Salud, celebrada en 1986, se debatió el tema del uso del alcohol en los medicamentos y la tendencia general observada fue hacia la prohibición de cualquier medicamento que contenga alcohol para casos de uso interno, salvo cuando sea un ingrediente esencial y que no puede reemplazarse. También se observó la necesidad de reducir en lo posible la concentración de alcohol en los medicamentos" (*Boletín OPS*, 1987, p. 509).

en determinadas colonias de la ciudad de México podían comprarse rones, aguardientes y brandis a muy bajos precios; mientras la adulteración del mezcal y de los aguardientes denunciados por sus productores permitía expendir dichos productos a precios más baratos que en 1964⁴, por lo cual:

La Dirección de Regulación Sanitaria del Instituto de Salud Estatal de Aguascalientes inició una investigación en nueve municipios de la entidad donde se presume están concentrados grandes volúmenes de aguardiente adulterado importado de Chile, Argentina y España [...] Según un estudio presentado por el presidente de la Unión Regional de Productores de Uva, el aguardiente importado de esos países contiene residuos de metanol, el cual no es potable y causa estragos en la salud [...] La Secretaría de Comercio y Fomento Industrial dio la autorización para la importación [...] El aguardiente es distribuido también a embotelladoras ubicadas en otras entidades del país y el bajo costo del producto importado refleja la calidad del mismo. (*Excelsior*, 1989)

Este aguardiente es utilizado para fabricar brandis “nacionales”, hecho también denunciado por los agricultores de Sonora⁵. Las denuncias sobre adulteración y baja calidad han sido una constante respecto del pulque, que se caracteriza por la notable cantidad de bebida comprada en expendios clandestinos: se calcula que más del 40% de la venta de pulque en la ciudad de México es ilegal.

Esta bebida, por diversas razones, ha presentado graves problemas de tipo sanitario, por lo que ha sido persistentemente controlada, dando lugar a una permanente situación de transgresión consentida, aplicada por los propios funcionarios encargados de controlarlo, ya que para entrar al Distrito Federal, el pulque debe ser inspeccionado por oficinas sanitarias que analizan muestras del producto y deciden sobre su pureza, generándose un

⁴La Secretaría estatal de Salud de Oaxaca y los productores organizados de mezcal concordaron hoy [15 de mayo de 1989] la clausura de laboratorios clandestinos y la detención de pipas transportadoras de aguardiente para acabar con la adulteración del mezcal. Cada semana se introducen más de 300.000 litros de aguardiente químico [...] a cada 5.000 litros de aguardiente adulterado le agregan entre 500 y 1.000 litros de mezcal auténtico para darle sabor. En algunos expendios, el litro de [este] mezcal se vende a 2.000 pesos” (*Excelsior*, 16/5/1989). A su vez el presidente de la Cámara de la Industria Tequilera negó que el tequila estuviera adulterado: “Sin embargo el dirigente tequilero denunció la existencia de mezcales, tonzoles, aguardientes, chandas, etc., que son alcoholes mezclados que se venden en los pueblos” (*Excelsior*, 5/4/1990).

⁵Véase el diario *Excelsior* del 12 de mayo y del 30 de junio de 1989. Es obvio señalar que una parte de estas críticas y denuncias obedecen a intereses económicos particulares.

persistente proceso de corrupción normalizado, ya que los productores necesitan “*morder*” (coimear) a los inspectores para que no declaren adulterado su producto. Esta costumbre persistía en 1990: según el presidente de la Unión Nacional de los Propietarios de Pulquerías, unos 700.000 litros de pulque entran diariamente al Distrito Federal sin control sanitario, señalando que son los Servicios Coordinados de Salud de las entidades federativas las que no inspeccionan ni controlan el producto.

A los factores señalados, deben agregarse otros que inciden en la tendencia indicada. Por una parte, la importación a granel de bebidas alcohólicas y, por otra, la estrategia de oferta de bebidas alcohólicas por los supermercados, que frecuentemente venden dichas bebidas por debajo de su valor real⁶. Todo esto ocurre dentro de un proceso en el cual estaría operando una nueva legislación sanitaria, caracterizada por el aumento y amplitud de los controles propuestos, pero también por la violación generada tanto por los productores y los comercializadores, como por los consumidores⁷. Durante 1988 y 1989, en los estados de Chihuahua, Coahuila, Chiapas, Guerrero, Aguascalientes, Nuevo León y en algunas delegaciones de la ciudad de México se aplicaron medidas tendientes a controlar el consumo de alcohol. Dichas medidas, al igual que en el pasado, reglamentan horarios, tipo de consumidor posible, legalidad de los expendios, etc., pero sin obtener resultados favorables. Incluso, a principios de 1990, el gobernador de Durango consideró la posibilidad de establecer una ley antialcohólica, dada la gravedad del problema, pero señaló que “en otros estados donde se ha aplicado, los resultados no son favorables” (*Excelsior*, 1990).

Uno de los problemas con que se enfrenta este tipo de legislación es su continua violación, generada por las mismas autoridades, que además achacan las violaciones a las autoridades anteriores, ya que serían estas las

⁶A su vez el dirigente de los Comerciantes en Vinos y Licores de Chihuahua dio a conocer que enfrentan a diario una competencia desleal por parte de las grandes cadenas de tiendas de autoservicio, las cuales utilizan las bebidas como artículo de gancho. Explicó que las compañías vinateras les han informado que a esos establecimientos le venden el producto al mismo precio (que a ellos), sin embargo, aquellas tiendas venden a más bajo precio que las mismas gentes de las compañías” (*Excelsior*, 6/4/1990).

⁷Debe indicarse que el proceso de reglamentación sanitaria continuó incorporando nuevas condiciones de control. El 8 de agosto de 1988 el subsecretario de Regulación Sanitaria y Desarrollo de la SSA anunció una nueva disposición sanitaria que suprime el concepto de “bebida de moderación” para aquellas cuyo contenido de alcohol registre entre 2° y 6° Gay Lussac y el término “bebida de temperancia” para las que se encuentran entre 6.1° y 20°. El reglamento, en su artículo 1022, establece que las etiquetas o envases no deberán ostentar información que destaque que el producto es una “bebida de moderación”. Pese a ello, y para el período 1988-1990, la industria cervecera siguió basando su publicidad televisiva en la moderación. En las imágenes no aparece el marbete obligado de que “este producto es nocivo para la salud”, sino el de “nada con exceso, todo con medida”.

que permitieron el incremento del número de expendios de bebidas alcohólicas a cambio de dinero. Y así, por ejemplo, en el caso de Chiapas, durante la gestión anterior se habrían dado 3.000 nuevas licencias para vender bebidas alcohólicas, cobrando entre 500.000 y 5.000.000 de pesos por cada una (Comunicación personal, Tuxtla Gutiérrez, 1989).

Habría complicidad de determinadas autoridades estatales y municipales en la apertura de nuevos expendios, en la reapertura de los clausurados y en la no sanción a las violaciones a la reglamentación antialcohólica. En muchas ocasiones las autoridades sanitarias están implicadas en esta permisividad; implicación que va desde la obtención de simples “mordidas” hasta la participación directa en la comercialización de las bebidas alcohólicas. Por otra parte, dichas autoridades han permitido que, tanto en los supermercados como en los abarrotes, así como en los expendios dedicados exclusivamente a la venta de bebidas alcohólicas, las botellas de alcohol medicinal estuvieran colocadas en los estantes junto a las botellas de bebidas destiladas⁸.

Una gran parte de las violaciones son públicas, ya que lugares de consumo como los “toreos” y las “piqueras clandestinas”, no son realmente clandestinos, como tampoco lo son las “ventanitas” que operan en las colonias y barrios de todo México⁹. La venta de alcohol a menores de edad en las “ventanitas”, en los lugares de recreación y aun en abarrotes y misceláneas, es prácticamente irrestricta. Incluso a principios de 1988 se permitió la venta de bebidas alcohólicas en algunos cines, lo cual estaba previamente prohibido¹⁰. Si bien algunas de estas acciones son permanentes, mientras otras se mantienen durante ciertos períodos, dado que suelen ser más supervisadas, no obstante, observamos un proceso reiterado en que los comerciantes vuelven a cometer sus transgresiones.

⁸Esto fue reglamentado ulteriormente.

⁹Hemos observado durante tres años consecutivos (1987-1990) tres “ventanitas” (lugares donde se expendían bebidas alcohólicas por una ventana a partir de las 21 horas) y hemos comprobado lo que todo el mundo sabe: que se vende alcohol a todas horas, cualquier día y prácticamente a personas de cualquier edad. Una de las “ventanitas” fue clausurada dos veces y otra una, pero inmediatamente volvieron a abrirse. Es obvio que las “ventanitas” no solo funcionan en el Distrito Federal, de hecho mi primera experiencia al respecto ocurrió en la ciudad de Torreón (Coahuila).

¹⁰Por otra parte, las estrategias de venta que convierten bebidas alcohólicas en refrescos se han diversificado: “La Unión de Asociaciones de Padres de Familia (del Valle de Cuautitlán [Texcoco]) protestó por la comercialización con refresco de una bebida llamada Caribe Cooler, consumida por niños y por jóvenes. Con el pretexto de ofrecer una bebida refrescante, una empresa trasnacional vinícola pone al alcance de niños y jóvenes un producto que tiene 40° de alcohol. La publicidad engaña no solo a los menores de edad, sino a los padres de familia, pues disfrazan el producto con dos distintos sabores: durazno y limón. Esta bebida ha encontrado gran aceptación entre la población de este valle y muchos infantes acuden a los centros comerciales a comprarla (*Excelsior*, 11/4/1990).

La población sabe lo que el aparato médico-sanitario también sabe: que la penalización por delitos antialcohólicos prácticamente no se cumple, más aún, suelen aplicarse sanciones que son inmediatamente eliminadas. Y al señalar esto nos estamos refiriendo tanto a la trayectoria histórica del proceso de alcoholización, como al período en el que se llevó a cabo el programa de la SSA. Suele ocurrir que un juez sancione a un infractor y que otro levante de inmediato la pena; más aún, la amenaza de clausura o la clausura de locales suele ser utilizada para exigir pagos en efectivo por parte de los supervisores de la clausura, siendo las autoridades municipales las que reabren más frecuentemente los locales clausurados, pues representan importantes fuentes de ingreso para la tesorería de los ayuntamientos.

De tal manera que, por ejemplo, los dueños de bares, cantinas y de los llamados “antros” actúan como si no existieran limitaciones legales para vender alcohol a deshora y a quien sea por lo cual, según informantes, la gente no cree ya en lo dicho por las autoridades al respecto. Para el presidente de la Cámara de Comercio de la ciudad de Tampico, de nada sirve que el gobernador se preocupe por evitar la proliferación del alcohol, si las autoridades municipales toleran una total anarquía en los horarios de los establecimientos. Si bien las autoridades de algunas entidades federativas están pensando en la sanción de leyes antialcohólicas, esas mismas autoridades permiten o no pueden impedir la apertura de nuevos expendios y la continuidad de las transgresiones¹¹. Es decir, que la legalidad formal no opera, sino que opera “otra legalidad” fáctica.

La falta de penalización opera también respecto de las violencias y, en particular, de los accidentes en la vía pública. La asociación ebriedad-accidentes ha ido incrementándose hasta convertirse en una de las primeras causas de mortalidad. Según la Procuraduría de Justicia del Distrito Federal, los presuntos responsables solo incurrir en el delito de homicidio imprudencial y logran inmediatamente la libertad bajo caución, incluso en la misma agencia investigadora del Ministerio Público. Esta situación también es conocida por el aparato médico-sanitario. De hecho, la reglamentación vigente pena a los conductores ebrios aun sin haber generado accidentes. En abril de 1989, se propuso un nuevo reglamento de tránsito para el Distrito Federal, que incrementa notablemente el número y tipo de infracciones, así como los castigos a los conductores ebrios que serían sancionados con arrestos que van de 12 a 36 horas no permutables por multas, más multas equivalentes a uno, tres y cinco

¹¹Véase *Excelsior*, 15/5/1989: “Las autoridades son las culpables de la proliferación de la venta de alcohol porque autorizan y dan permisos como volantes, expresa el presidente de la Confederación Nacional de Comerciantes en Vinos y Licores” (*Excelsior*, 6/4/1990).

días de salario mínimo a los reincidentes en la conducción de automotores en estado de ebriedad, y la suspensión, con carácter definitivo, de la licencia de conducir.

Ahora bien, la cancelación definitiva de licencias a infractores reincidentes ya estaba considerada en el código penal, sin que hasta ahora se aplicara tal sanción. En algunos estados, como el de México, las multas y castigos han sido siempre comparativamente altos, y sin embargo han servido como mecanismo de extorsión policial más que como control del conductor alcohólico:

De acuerdo con estimaciones hechas por los colegios y barras de abogados del Valle de México, más de un millar de conductores ebrios o con aliento alcohólico son sorprendidos por las autoridades los fines de semana —que por cierto son “trabajados” en el camino— y solo llegan a los centros de justicia quienes no pudieron llegar al “arreglo”, que son el 1 o 2% de la cantidad anotada. (*Metrópolis*, 1987)¹²

Necesitamos reconocer que las conductas transgresoras de los diferentes actores sociales organizadas en torno a la producción y usos del alcohol, no operan solo respecto del alcohol, sino que tiene que ver con que a nivel nacional más del 90% de los delitos de todo tipo quedan impunes.

Sector salud y alcoholismo, o el continuo recommienzo

El sector salud, luego de promulgado el Programa contra el Alcoholismo, ha seguido reconociéndolo como la principal adicción nacional y, a principios de 1989, aparece incluido en el Programa Nacional de Promoción y Cuidado de la Salud. El incremento de la mortalidad por accidentes dio lugar a la creación del Consejo Nacional de Prevención de Accidentes y a implantar un programa nacional a partir de 1989. No obstante, no seguimos teniendo a nivel nacional ni estatal, ni en instituciones como IMSS o PEMEX programas contra la cirrosis hepática o contra la asociación violencias y alcohol. Más aún, no tenemos programas contra el alcoholismo en la mayoría de las instituciones de salud. No contamos tampoco con un programa para mujeres en edad fértil, pese a que se reconoce la creciente incidencia negativa de la alcoholización materna en el proceso de gestación.

¹²Desde 2003 se aplica un programa de control de alcoholismo en conductores que está dando muy buenos resultados.

Como vemos, el juego simulación/apariencia opera a nivel del sector salud, del aparato legal, de los encargados del “orden” y de los sujetos alcoholizados en una trama que constituye la real estructura de reglas. Y es con esta estructura real que debería trabajar el sector salud, pero él es parte de este juego de simulaciones y apariencias, como podemos observarlo en el caso de la atención primaria aplicada al alcoholismo.

El aparato médico-sanitario ha decidido trabajar con este problema por medio de la atención primaria ya que, según el Programa contra el Alcoholismo, esta estrategia tiene una cobertura más amplia y es más efectiva que la tradicional, que consiste en crear centros de tratamiento para alcohólicos crónicos, quienes representan la menor proporción de bebedores y, por lo tanto, no son los responsables de la mayoría de los problemas generados por el consumo de alcohol; reconociendo, además, que la rehabilitación de este tipo de paciente, no solo es costosa, sino que con frecuencia es poco exitosa.

Comparativamente, la detección oportuna y la atención primaria permitirían una más amplia cobertura, el trabajo médico se realizaría con sujetos que recién comienzan a tener problemas y, por lo tanto, serían más susceptibles de responder positivamente a las acciones terapéuticas. La intervención del equipo de salud se caracterizaría por la brevedad, por ser efectiva, poco costosa¹³ y por no ocupar demasiado tiempo al personal de salud. Además, se aprovecharían los recursos existentes (SSA, 1986).

Casi todo lo propuesto es correcto, pero las dudas respecto de cómo llevar a cabo esta estrategia pueden ser referidas al conjunto de instrumentos que utiliza la atención primaria. Así, si bien la SSA afirma que “...se han probado instrumentos de tamizaje y marcadores bioquímicos para la detección temprana del uso y abuso del alcohol, que están disponibles para uso general” (*El Día*, 1986), sin embargo, dichos instrumentos y marcadores no son aplicados

¹³En algunos estados y municipios se han constituido unidades contra las adicciones que incluyen la lucha contra el alcoholismo [Centro Piloto de Prevención y Combate contra el Consumo de Alcohol y Drogas (Durango); Unidad de Desintoxicación de Hermosillo (Sonora)] En el IMSS se está dando una triple actividad: una referida al IMSS-COPLAMAR que luego analizaremos, otra constituida por la reorganización de los servicios de psiquiatría y, por último, el Programa de Fomento a la Salud. En 1985, se estructura en el IMSS un nuevo Plan de Salud Mental a nivel nacional; en 1987, se sometió dicho plan a la autorización del Consejo Técnico del Instituto. Actualmente se cuenta con tres hospitales psiquiátricos regionales con un total de 232 camas (Valle de México Norte, Valle de México Sur y Monterrey) y solo con un pequeño servicio de hospitalización que también funciona en la ciudad de México (Soberón *et al.*, 1988). En lo que respecta al Programa de Fomento a la Salud —que se incluye en las actividades de atención primaria— el alcoholismo aparece como parte del conjunto de adicciones y se realizan actividades sociales, deportivas, culturales y recreativas dirigidas, en particular, a jóvenes. Según datos recientes, el problema del alcoholismo es básicamente manejado en términos de orientación de las personas demandantes hacia los grupos de autoayuda. No hay hasta ahora un plan de acción específico respecto de la mujer (comunicación personal, 1989).

en las unidades de salud, y los que son aplicados se caracterizan por su esquematismo y trivialidad, recordando que parte de la información se obtiene de formularios de autollenado, en cuya eficacia no creen, por lo menos una parte, de los encargados de aplicarlos, según surge de nuestras entrevistas y observaciones.

La propuesta de la existencia y aplicación de técnicas asistenciales eficaces es, por lo menos, dudosa, ya que las técnicas más baratas y rápidas, como las denominadas terapias breves y planificadas, construidas en su mayoría a partir de enfoques sistémicos, no han sido demasiado eficaces respecto del alcoholismo. Pero, además, de nuestros datos surge que, por lo menos en la ciudad de México, los miembros de los equipos de atención primaria no tienen formación profesional en el uso de este tipo de técnicas.

Uno de los principales objetivos de la atención primaria es el cambio y/o modificación de comportamientos, que también había sido buscado previamente, ya que el sector salud veía en la abstinencia casi la única solución a problemas como la cirrosis hepática, la hepatitis alcohólica o el alcoholismo dependiente. Y así, en un simposio nacional realizado en 1987, sobre hepatitis alcohólica, uno de los más importantes especialistas, Luis Martín Abreu, concluía que el factor terapéutico más importante para un cirrótico es dejar de beber. Si bien a nivel programático, ya no se plantea la abstinencia como objetivo, sino “aprender a beber”, “beber con moderación” o “beber responsablemente”; el problema básico sigue siendo el mismo: ¿cómo se consiguen esas modificaciones conductuales? Una cosa es proponer generalidades y otra muy distinta proponer procedimientos específicos, baratos y que pueda y sepa aplicar el equipo de salud.

La relación morbimortalidad y estilo de vida, y su vinculación con grupos de alto riesgo de contraer padecimientos específicos posibilitaron el nuevo auge de las propuestas de educación para la salud, así como la recuperación de algunas perspectivas socioantropológicas. Pero esta recuperación permaneció a nivel de discurso o se aplicó a través del concepto “estilo de vida” manejado como un mero indicador de riesgo, que erosiona la posibilidad de una profundización cultural y socioeconómica en la explicación y posible modificación de los comportamientos. Esta orientación es parte de un modelo médico que no sabe muy bien qué hacer con dichas dimensiones, porque no quiere/puede como en el caso de las dimensiones económico-ocupacionales, o porque no sabe o duda del papel, como en el caso de las ideológico-culturales, que intervienen en la alcoholización y especialmente en el alcoholismo. Ya que un manejo de esta última dimensión respecto de la posibilidad de educar, implicaría necesariamente contar con un conocimiento profundo de

las racionalidades culturales y socioideológicas dentro de las cuales viven los sujetos, incluidas la racionalidad de los diferentes tipos de alcoholizados.

Pese a utilizar el concepto estilo de vida, esto no se realiza, porque dicho concepto posibilita a los que lo aplican una solución, en gran medida, imaginaria, dado que con frecuencia excluyen de dicho concepto aspectos culturales y económicos básicos para ese estilo de vida, quedando este concepto reducido a un indicador conductual que, además, deposita exclusivamente en el sujeto, la posibilidad de modificar su comportamiento. O, mejor dicho, más que en el sujeto, en el “consumidor de alcohol”, dado que el uso médico del concepto estilo de vida lo reduce solo a ese indicador (Menéndez, 1998).

Educar, reeducar, cambiar hábitos, pueden ser objetivos legítimos, pero deben ser explicados los fundamentos teóricos y los instrumentos con los que se van a lograr. En los últimos años el impacto del VIH-sida —junto con otros impactos— ha dado un mayor impulso a ese tipo de objetivos. Si bien la industria química farmacéutica y la biomedicina tratan intensamente de obtener un fármaco que pueda “curar” o por lo menos reducir significativamente la alta tasa de mortalidad que caracteriza esta enfermedad, varios especialistas mexicanos sostienen que “por muchos años la principal arma va a ser el cambio de las conductas de la gente”¹⁴.

Respecto del alcoholismo, uno de los objetivos centrales del sector salud es el mismo, aun cuando en este caso luego de más de cien años de investigación biomédica no tenemos el fármaco antialcohólico, ni el anticirrótico, ni el anti-homicida que actúe eficazmente. Pérez Tamayo, investigador que ha trabajado durante años sobre cirrosis hepática, señalaba recientemente: “El individuo que enferma de cirrosis, muere de cirrosis [...] y la razón por la cual no podemos hacer nada es porque no conocemos bien esta enfermedad, no sabemos cómo se produce...” (*Excelsior*, 4/6/1988). A su vez, Rojkind, quien lleva trabajando casi dos décadas sobre el mismo problema, comentaba que el objetivo final de la investigación de cualquier patología es poder prevenirla: “Desgraciadamente no veo cómo se puede prevenir esta enfermedad, por cuanto el 60% de las muertes por cirrosis tienen por causa el alcohol. No encuentro la forma en que se pueda erradicar el alcoholismo en nuestro medio”¹⁵.

¹⁴Considero que el caso del VIH-sida es muy significativo para lo que estamos analizando, dado que luego de pocos años que surgió este problema, se diseñaron los retrovirales que modificaron sustancialmente las expectativas, el tiempo y la calidad de vida de las personas que podían comprarlo u obtenerlo por otras vías. Pero también, en muy poco tiempo, una parte de las personas prefirieron volver a viejos comportamientos, ya que dichos fármacos disminuían los riesgos de enfermedad y muerte.

¹⁵Entrevista en *El Día*, el 14 de diciembre de 1986, a raíz de la obtención del Premio Nacional de Ciencias. Debe recordarse que este investigador diseñó una técnica que reduciría el avance de la cirrosis hepática.

Si los objetivos preventivos y clínicos son los mismos respecto del alcoholismo y del VIH-sida —es decir, la modificación de comportamientos— y si la mortalidad por alcoholismo es y será durante demasiados años notoriamente mayor que la producida por el VIH-sida, no termino de entender ni en términos médicos, ni en términos científicos, ni en términos simplemente humanos, por qué se impulsa fuertemente la investigación sobre VIH-sida que en pocos años iba a generar fármacos eficaces, y se sigue excluyendo el alcoholismo.

Dejando de lado esta nueva aparente contradicción biomédica, lo que específicamente me preocupa es saber cuáles son los fundamentos teóricos y las técnicas a emplear por las estrategias educativas para modificar los comportamientos colectivos respecto del uso y consumo de alcohol pues, reitero, ello implica trabajar con la racionalidad cultural de los diferentes conjuntos sociales. Pero además implica otras necesidades, como la de asumir realmente el papel de la publicidad entendida como parte de la industria de la conciencia/no conciencia, para lo cual se tendrían que hacer investigaciones biomédicas que no se realizan, y/o utilizar enfoques que no se registran. Debería analizar la publicidad generada por las industrias de la salud y de la enfermedad, incluida la del alcoholismo, así como la propia publicidad del sector salud, para ver los aspectos sobre los que se monta la publicidad de ambos sectores, y establecer sus eficacias diferenciales, pero asumiendo que dichas publicidades, para ser eficaces, necesitan responder a las características de las vidas cotidianas de los diferentes grupos de usuarios y no usuarios del alcohol.

Y esto debiera hacerse a partir de asumir que el modelo médico hegemónico opera tanto como aparato ideológico cultural y como industria de la conciencia, pero con una característica particular. Y me refiero a que el personal de salud y, especialmente, el médico, tiene una potencialidad de influencia en los sujetos y microgrupos no solo a través de las situaciones de “debilidad” de los pacientes, sino porque aparece como el depositario de un saber que puede curar; lo cual realiza a través de relaciones personales no mediatizadas. Si bien a nivel manifiesto el aparato médico-sanitario no actúa intencionalmente como aparato ideológico-cultural¹⁶, ni como industria de la

¹⁶Gouldner, y lo considero pertinente, diferencia entre aparato cultural (inteligentzia) e industria de la conciencia (saber generado por los medios). “Evidentemente, la mayor parte de las multitudes de las sociedades industriales avanzadas está ahora bajo la influencia directa e inmediata de la industria de la conciencia, mientras que el aparato cultural tiene poco contacto directo, si es que tiene alguno, con ese gran público. En resumen, el aparato cultural tiene escaso acceso directo o influencia sobre el campesinado, los granjeros, los pobres, la clase obrera, los negros y las mujeres” (Gouldner, 1979, p. 224). Pero el equipo de salud sí tiene contacto con la mayoría de estos grupos y, en particular, con algunos, por lo cual considero que opera, por lo menos, como aparato ideológico-cultural.

conciencia, funciona sintéticamente como ellos y, respecto de todos los sectores sociales, aunque con impactos diferenciales, como lo hemos propuesto en el apartado sobre funciones del modelo médico hegemónico.

Desde esta perspectiva, el aparato médico-sanitario podría, más que otros aparatos técnico-profesionales, oponerse a la industria de la conciencia a partir de su propio aparato, y en cierta medida la propia biomedicina lo ha hecho, al proponer como técnica antialcohólica al “consejo médico” basado en la eficacia simbólica que puede tener el médico o alguien del equipo de salud. La propuesta del consejo médico se basa en gran medida en lo señalado, aunque aplicado generalmente en forma muy simplista, y olvidando que con el uso constante, dicho consejo tiende a burocratizarse. Pero, además, dada la relación negativa que los médicos tienen con el alcohólico, este efecto simbólico no suele generarse, se ejerce limitadamente o en forma contraproducente.

Y es en función de lo señalado que revisaré un subprograma que se diseñó y aplicó a nivel de atención primaria a diez millones de personas consideradas en situación de marginalidad en áreas rurales. Cabe aclarar que, previamente a la puesta en marcha del programa, el diagnóstico de salud de las áreas marginales había señalado al alcoholismo como uno de los principales problemas, y dado que una parte de las regiones consideradas era de campesinado indígena, se trató que el Instituto Nacional Indigenista (INI) se hiciera cargo del problema. Por lo cual el INI, luego de casi 30 años, volvió en 1981-1982 a proyectar una investigación en Chiapas que se clausuró rápidamente, por lo que en definitiva fue el IMSS quien se encargó de aplicar este programa, y que ha sido hasta ahora el principal proyecto de atención primaria propuesto en toda la década de 1980 por el aparato médico-sanitario mexicano, y nos referimos al Programa IMSS-COPLAMAR¹⁷, que se propuso dar atención médica gratuita.

Antes de continuar, quiero subrayar la importancia de este programa, así como las actividades específicas propuestas respecto del alcoholismo, dado que se programó incluir la participación comunitaria, la educación para la salud y el uso de las prácticas tradicionales y populares. Me interesa, además, porque propuso un enfoque multidisciplinario dentro del cual se privilegió inicialmente, en términos prácticos, la perspectiva antropológica. Es importante consignar que el primer documento de trabajo de este subprograma

¹⁷Aclaro que no analizamos lo generado por el programa nacional contra el alcoholismo debido a que realmente no funcionó, y se convirtió en algo así como un discurso para los estudiosos del alcoholismo.

planteó explícitamente un enfoque sociocultural para el análisis y la solución del problema.

En principio, los datos obtenidos por el IMSS-COPLAMAR permitieron observar que, en 1981, el 3,5% del total de muertes en las comunidades se debía a cirrosis hepática y constituía la primera causa de mortalidad para el grupo de 15 a 64 años de edad. Con base en la Ley General de Salud y en el Plan de Desarrollo 1983-1988, el análisis de esta situación justificó la realización de actividades de prevención y control del alcoholismo en el ámbito de trabajo del IMSS-COPLAMAR, que se iniciaron en 1983 a través de un plan piloto aplicado en el estado de Chiapas y que a partir de 1984 fueron de aplicación general en todas las jurisdicciones del programa:

...obteniéndose una buena respuesta del personal de salud y de los grupos voluntarios participantes en las actividades de referencia, ya que se proporcionaron 14.369 pláticas de orientación, 7.922 de promoción social y 3.069 servicios conjuntos con AA; también se identificó a 46.043 enfermos alcohólicos de los cuales 6.550 fueron canalizados a las unidades médicas y 4.050 a AA; además se promovió la formación de 592 grupos de AA en el medio rural. (IMSS-COPLAMAR, 1988, p. 4)¹⁸

Los datos epidemiológicos obtenidos por este programa revelan que un 28% de los sujetos con problemas de alcoholismo son bebedores excesivos y, un 6,3%, bebedores patológicos. Además, se concluyó que un 38,5% de los pacientes habría muerto de cirrosis hepática, un 25% por accidentes y un 9,2% por homicidios relacionados con el consumo de alcohol¹⁹.

Ahora bien, ¿qué tipo de atención primaria aplicó el IMSS-COPLAMAR frente a esta realidad epidemiológica, que implicaba trabajar con la

¹⁸En la evaluación del Programa realizado con datos de 1986 se informó que se crearon 3.556 grupos de Alcohólicos Anónimos, que los enfermos alcohólicos detectados superaban los 71.000, y que fueron canalizados 25.113 pacientes (IMSS-COPLAMAR, 1988, p. 31). El propio programa reconoce que "solo se logró la incorporación del 49% de las unidades médicas a las actividades de prevención y control del alcoholismo" (IMSS-COPLAMAR, 1988, p. 4). Según información personal, solo un 30% de las unidades habría realmente creado grupos de Alcohólicos Anónimos y, una parte de estos, operaron discontinuamente. Miembros de estos grupos de autoayuda iban a pequeñas comunidades para tratar de fomentar la creación de grupos de Alcohólicos Anónimos y luego se retiraban.

¹⁹Una investigación especial sobre alcoholismo realizada en una comunidad del estado de Querétaro concluyó que el 49% de los jefes de familia podían ser considerados como bebedores excesivos o alcohólicos, pero que la mayoría del 34% de bebedores moderados "se encuentra en el límite superior de esta clasificación, por lo que la posibilidad de pasar al grupo de bebedores excesivos es alta" (IMSS-COPLAMAR, 1984, p. 9).

participación comunitaria y la educación para la salud? Recordemos que, en los fundamentos de las actividades antialcohólicas, este proyecto es explícitamente antiprohibicionista, y reconoce, además, las funciones de integración cultural cumplidas por el uso de alcohol y la necesidad de encontrar soluciones que respeten la identidad étnica ligada a este. Más aún, en el documento de trabajo No. 1 de este proyecto se propone un enfoque basado en el relativismo cultural, para ser aplicado en las comunidades rurales, conjuntamente con el trabajo de los Alcohólicos Anónimos, sosteniendo que:

Las estrategias para la prevención del alcoholismo en el medio rural deben estar orientadas hacia aquellas comunidades en donde la aculturación rompió los controles sociales, y deberán favorecer la realización de actividades de recreación y diversión que incluyan el mejoramiento de las condiciones sociales, sustituyendo las formas de socialización que ofrece el acto de beber en estas comunidades; estas medidas serán efectivas si se prepara a la comunidad, para que las acepte a través de la educación y la información [...] Diversos autores plantean que, en la atención primaria de la salud, la educación es fundamental para la conservación y mejoramiento de la salud, la prevención de las enfermedades y el tratamiento adecuado de ellas; a este efecto, nuestro programa aprovecha la experiencia que tiene la agrupación de Alcohólicos Anónimos, por lo que se le ha invitado para que participe en los programas de información al personal médico y paramédico de nuestras unidades. (IMSS-COPLAMAR, 1983, p. 13)

Una propuesta de este tipo implica pasar de la generalidad a la particularidad en términos operativos, sobre todo cuando se trata de “sustituir formas de socialización”, pero las estrategias de intervención no aparecen propuestas en ningún documento conocido por nosotros, aun cuando se enuncian reiteradamente:

Los resultados obtenidos mediante la experiencia piloto efectuado en la Delegación Estatal de Chiapas en 1984 permitirán que, en corto plazo, se apliquen a nivel nacional las principales acciones planteadas en el Programa de Orientación, Tratamiento y Rehabilitación de Enfermos Alcohólicos. Como actividad inicial estará la de profundizar en la dinámica y las características del alcoholismo en las poblaciones rurales —en particular entre la población indígena— en la que existen distintos patrones de consumo ligados a prácticas culturales, con el propósito de aplicar estrategias y procedimientos

específicos a nivel local de acuerdo con las respectivas características socioantropológicas, con la magnitud del problema, y con el grado de respuesta de la población como es el caso de la localidad de Villa Progreso (estado de Querétaro). (IMSS-COPLAMAR, 1984, p. 5)

Pero de la información recabada surge que no se genera ni se utiliza información socioantropológica, ni en términos generales ni en términos de epidemiología sociocultural. Esta omisión se pone aún más de relieve en el documento metodológico sobre *Lineamientos Generales para la Detección de Enfermos Alcohólicos* (1987) en el que lo sociocultural aparece mencionado como si fuera un ítem más, y la complejidad de la articulación entre perspectivas médicas y enfoque antropológico no es tratada en ninguna parte. Y recordemos que dicha articulación es determinante, por ejemplo, para decidir los tipos de alcoholizados a nivel local, así como para establecer un diagnóstico precoz. Por lo que concluimos que este programa, más allá de su calidad organizativa y de la existencia de recursos en términos comparativos, constituye un programa médico con la inclusión de “toques culturales” más o menos antropológicos, que no explicita en qué constituyó la participación comunitaria ni la educación para la salud y que no piensa el alcoholismo en términos de salud mental.

Lo señalado no niega la validez de estos trabajos, sino que lo que tratamos de destacar es la carencia de una concepción integral que incluya las orientaciones socioantropológicas y psicológico-sociales, así como la falta de explicitación de cuáles son los criterios a utilizar en la denominada educación para la salud y en la mentada participación popular y/o comunitaria que podrían actuar contra el alcoholismo. Y así, por ejemplo, la perspectiva antropológica utilizada parece confundirse con la obtención de algunos datos culturales, como parece confundirse educación para la salud con pláticas de concientización, lo cual no considero ninguna confusión, sino el dominio de orientaciones biomédicas.

Si bien este programa se inició en Chiapas y se siguió aplicando en áreas rurales —incluidas zonas indígenas— nada se plantea teórica y técnicamente sobre la utilización de estrategias tradicionales y populares antialcohólicas, así como tampoco se hace referencia al impacto antialcohólico de determinadas denominaciones religiosas²⁰. En estos materiales también se omite toda referencia a los saberes que sobre alcoholismo tienen los equipos de salud, aun

²⁰Se calcula que, en 1989, en Chiapas, un 30% de la población indígena se ha convertido a religiones protestantes y/o salvacionistas.

cuando justamente para Chiapas, los centros de integración juvenil locales hicieron, en 1987, una encuesta en 109 municipios de la entidad y hallaron que los sacerdotes estaban más preocupados e informados sobre el problema del alcoholismo que los médicos²¹.

Radical en lo cultural, por lo menos una parte de las estrategias antialcohólicas, significa que las propuestas alternativas y/o complementarias deben ser pensadas no solo para cada situación particular, sino a partir de observar las relaciones entre alcoholización/alcoholismo y cultura, y su papel en la construcción de los sujetos y tipos de subjetividades alcoholizadas y no alcoholizadas, ya que creo que uno de los aportes teóricos y metodológicos del enfoque antropológico refiere a que un estudio integral del alcoholismo debe incluir tanto a los que beben como a los que no beben, o lo hacen en diferentes niveles, pero no como meros indicadores de consumo, sino a partir de obtener información que nos posibilite comprender los usos “normales” y “patológicos” del alcohol. Más aún, no se debiera impulsar la educación ni la participación comunitaria sin establecer los significados colectivos dominantes del consumo de alcohol, dado que en numerosos contextos étnicos y no étnicos constituyen uno de los procesos más estructurantes de dicha participación, y las funciones positivas son más reconocidas socialmente que las consecuencias negativas o, por lo menos, simultáneamente.

No se debieran crear alternativas antialcohólicas sin antes buscar las que ya pueden existir a nivel local como es el caso de las “nuevas iglesias evangélicas”, que pueden ser rechazadas por secesionistas, porque podrían cuestionar la identidad étnica, o por ser parte de un proceso de aculturación al que se atribuye una desorganización social que ha llevado al alcoholismo a muchos sujetos. Más allá de que estemos o no de acuerdo con las formas prohibicionistas impulsadas por ciertas denominaciones religiosas, que incluso han prohibido la venta de alcohol en algunas comunidades mexicanas, si realmente se quiere poner en marcha un enfoque unificado, el discurso sociocultural necesita dejar de ser meramente un discurso o solo yuxtaponerse a las perspectivas biomédicas. Pero además debe explicitar con claridad sus presupuestos respecto del alcoholismo, de los grupos sociales con que trabaja y de la actividades e instrumentos que utiliza, para detectar cuáles son los reales imaginarios antialcohólicos con los que aplican los programas²². Para ser más específico, si el programa está orientado por antropólogos y

²¹Comunicación personal de 1989. Debe señalarse que una parte de los médicos pertenecía al programa IMSS-COPLAMAR.

²²En este texto no incluimos el análisis de las experiencias denominadas “alternativas” y que no están incluidas en el aparato médico-sanitario.

opera en zonas indígenas, es casi seguro que no detectará problemas de salud mental relacionados con el consumo de alcohol, dado que muchos antropólogos latinoamericanos suelen negar *a priori* que los sujetos de los grupos étnicos padezcan enfermedades mentales y, menos aún, alcoholismo. Más aún, muchos de ellos están en contra de la expansión de las nuevas religiones, por considerarlas que no solo modifican la identidad y pertenencia étnica, sino porque serían parte de la expansión estadounidense sobre México.

En la práctica, las actividades de atención primaria que se aplican y expanden son, como lo hemos señalado reiteradamente, las de los grupos de autoayuda, ya que tanto Alcohólicos Anónimos como Alcohólicos Anónimos 24 Horas y ALANON siguen constituyendo, durante este período, las instituciones con mayor continuidad y dedicación, respecto de las cuales puede afirmarse una eficacia comparativa, recordando que además son muy baratas para el aparato médico-sanitario. Más aún, cuando este aparato médico-sanitario habla de participación social y uso de los recursos comunitarios y estrategias alternativas respecto del alcoholismo está pensando casi exclusivamente en estos grupos de autoayuda²³.

En la actualidad, esta constituye la estrategia real de atención primaria, lo cual ha generado dudas en dos sentidos complementarios sobre la estrategia general del programa. Por una parte, sobre la eficacia de los grupos de autoayuda ya que, según el jefe de los Servicios Coordinados de Sinaloa, el alcoholismo se está incrementando en la entidad y este problema “no se va a solucionar con oficinas de AA en cada esquina de la ciudad [Mazatlán], sino que se tiene que evitar la proliferación desmedida de cantinas y bares” (*Excelsior*, 11/1/1988)²⁴. Y, por otra, que en los hechos, la atención primaria descansa en organizaciones no médicas. Pero lo interesante es que las propuestas de atención privada, desde las más antiguas como Monte Fénix, hasta las más recientes como Oceanía, se basan en las concepciones de Alcohólicos Anónimos.

Ahora bien, los grupos de autoayuda posibilitaron que el aparato médico-sanitario generara actividades específicas, justamente durante un período en que determinados procesos macroeconómicos limitaron aún más sus recursos. Desde 1982, se agudizó el desfinanciamiento del sector salud hasta

²³Este reconocimiento y apoyo generado por las instituciones oficiales de salud se hace pese a que los grupos de autoayuda siguen proponiendo que la medicina puede lograr la rehabilitación física del alcohólico, pero “no puede arrancar la obsesión de beber”, es decir, no puede curar a los alcohólicos.

²⁴A su vez, en la Séptima Reunión de la Asociación Psiquiátrica Mexicana se reconoció el importante papel jugado por AA [...] pero lamentablemente no se puede considerar profesionalmente la atención que otorgan, por lo que es menester la colaboración de la medicina privada y oficial, así como la práctica de terapia de grupos y familiar a las que pueden tener acceso personas de todo nivel socioeconómico” (*Excelsior*, 15/5/1989).

llegar a los más bajos índices de gasto per cápita en salud de los últimos treinta años, lo que incidiría negativamente en el conjunto de los servicios de salud y de los programas específicos en particular. Pero, además, desde mediados de la década de 1980 comenzó la descentralización de los servicios de salud hacia los estados y municipios, incluyendo la descentralización de la vigilancia y de la supervisión de los programas, lo que también afectó negativamente la posibilidad de cumplimiento de la reglamentación antialcohólica y en varios estados aceleró el proceso de alcoholización.

La descentralización no solo discontinuó, por ejemplo, las acciones del IMSS-COPLAMAR, eliminando en algunas entidades las únicas actividades antialcohólicas existentes, sino que en varios estados redujo la oferta de servicios de salud mental, incluida la atención a pacientes con problemas de alcoholismo. Pero el proceso más afectado por la descentralización es el que ha sido ejemplificado al principio de este capítulo, es decir, la descentralización a nivel de los municipios, que incrementó la permisividad de la venta de bebidas alcohólicas. Plantear la descentralización política y de salud en términos generales, pero sin relacionarlas con las consecuencias que podía tener en problemas como el alcoholismo, evidencia desconocer no solo que el alcoholismo es parte del proceso de alcoholización, sino ignorar la propia historia de los servicios de salud que aceptaba la permisividad de la venta/consumo de bebidas alcohólicas a nivel de los estados y municipios. Y que ello se incrementaría aún más con la descentralización.

En la actualidad, la percepción local de impuestos a la venta de bebidas alcohólicas sigue siendo una de las principales y continuas fuentes de ingreso de los municipios, lo cual fue favorecido por una descentralización que les dio mayor autonomía, que posibilitó además el mantenimiento y el incremento de los caciquismos políticos. El líder agrario, y reciente gobernador de Yucatán, Cervera Pacheco, reconocía en 1973 el grave problema de alcoholismo que afectaba al campesinado yucateco, así como que el alcohol en Yucatán ha sido siempre un importante renglón de los ingresos del estado, ya que una buena parte de su presupuesto se obtiene por impuestos a los fabricantes de alcohol y cerveza (Mejido, 1973, p. 65).

Entre 1976 y 1981 hemos podido comprobar lo señalado por Cervera para Yucatán, incluso en pequeñas localidades de ese estado, así como en pequeñas y medianas comunidades de los estados de Michoacán, de Guanajuato, de Baja California Sur, de Coahuila, de Veracruz y de la Comarca Lagunera. De tal manera que el alcohol aparece como uno de los rubros de mayores ingresos tanto a nivel de las autoridades estatales, como de las municipales. Pero subrayando que esta situación se incrementó desde mediados de 1980.

La descentralización de los servicios de salud se realizó a partir de la exigencia de organismos internacionales, de la reorientación neoliberal del partido gobernante y de la lectura realizada por analistas e intelectuales progresistas, quienes se complementaron al pensar que serían las condiciones locales las que posibilitarían una mayor racionalidad en el uso de los recursos y, sobre todo, el logro de un mayor peso político por parte de la sociedad civil. Pero en este análisis, no solo se dejaron de lado a qué sociedad civil se referían respecto de contextos donde los caciquismos eran endémicos e impulsaban la transgresión tuvieran o no el poder político. La consecuencia más grave de esta descentralización estatal y sobre todo municipal fue que se liberaron las posibilidades de procesos ligados con el alcoholismo, y me refiero al fenomenal desarrollo del narcotráfico en México.

Y este proceso marginó aún más el interés médico-psiquiátrico respecto del alcoholismo, sobre todo, desde finales de la década de 1980, ya que la preocupación se centró en las drogas “adictivas”, cuyo consumo era muy bajo o mínimo comparado con el consumo de alcohol, pero que cada vez fue legitimando la importancia de las otras drogas, tanto a través de las sucesivas encuestas psiquiátricas, como de la expansión de los centros de integración juvenil, y de un discurso mediático que casi solo se refería a las drogas ilegales y adictivas. Las sucesivas encuestas se centraron en estas drogas, y cada vez menos en un alcoholismo, en comparación no adictivo y legal, lo cual fue generando una suerte de desaparición del alcoholismo no solo como la principal enfermedad mental mexicana, sino incluso como enfermedad mental.

Contribuyeron a esta “desaparición” varios procesos ya señalados, como el reiterado fracaso terapéutico, que se depositen las principales expectativas en Alcohólicos Anónimos, que los servicios médicos deriven los alcohólicos “neuróticos” y que no sepan qué hacer con los considerados psicóticos. Pero, además, se generó un nuevo proceso que influyó en términos profesionales, y me refiero a que en México el número de psiquiatras fue y sigue siendo muy bajo, pero desde la década de 1950, y especialmente de la de 1970, se desarrollan toda una serie de corrientes psicoterapéuticas, la mayoría de tendencia psicoanalítica, caracterizadas por varios aspectos, de los cuales recupero sobre todo dos. Un primer aspecto es que la mayoría de estos nuevos profesionales no son médicos, sino psicólogos o personas que vienen de otras profesiones relacionadas con las ciencias sociales y las humanidades, y el alcoholismo no aparece nunca en su formación profesional. Y, un segundo aspecto complementario es que estas tendencias no consideran al alcoholismo ni a otras adicciones como cuadros de salud mental, sino como síntomas o indicadores de problemáticas del sujeto, que son las que necesitan ser tratadas. Es decir, para la mayoría de estas corrientes no hay alcoholismo.

Pero, además, el peso de la realidad conduce a una parte de estas tendencias a reconocer la importancia de las toxicomanías, dentro de las que incluyen potencialmente al alcoholismo; y digo potencialmente, porque en los textos de estos psicoterapeutas el alcoholismo tampoco aparece. Más allá de los recursos dedicados al alcoholismo, así como más allá del modelo médico hegemónico y de que el alcoholismo no sea alcoholismo, no cabe duda de que, para los que han tratado realmente de enfrentarlo y para una parte de los que se asumen como alcohólicos, el futuro es desesperanzado.

Sujeto, estructura, dependencia: laborare stanca²⁵

Trabajar contra el alcoholismo y contra la alcoholización “cansa”; el sujeto recupera ante la estructura social alcohólica y alcoholizada su situación de sujeto diversificado, unánime, a veces heroico y frecuentemente integrado dinámicamente a una conciencia/no conciencia que lo constituye justamente como sujeto. Trabajar contra el alcoholismo también cansa, máxime cuando no actuamos realmente contra él, o cuando la lucha reproduce los límites de la subjetividad respecto de la estructura y, además, cuando reiteradamente fracasamos en la rehabilitación de los alcohólicos.

Pero, además, el alcoholismo puede ser producto de ese “cansancio” del sujeto frente a (o dentro de) a una situación social rutinaria, empobrecedora, violenta, estructurante, que convierte el “cansancio” en la alternatividad del alcohol. La integración cultura-alcohol, ponderada por tantos antropólogos, en el fondo pretende verificar científicamente una suerte de “sueño”, el de la coincidencia entre sujeto-estructura, donde no exista el cansancio de vivir, como diría Cesare Pavese. Un cansancio que puede ser referido a la vida como rutina y repetición, en la que el alcohol puede generar una ruptura-discontinuidad, que luego se convierte también en rutina y repetición.

A lo largo del texto hemos hecho referencias a la relación del alcohol con la muerte, respecto de los otros en términos de homicidio, y hacia sí mismo en términos de suicidio o de cirrosis hepática. Y esta muerte individual es parte de muertes que operan dentro de relaciones familiares o de relaciones comunitarias, en las que la vida puede exigir la presencia de muertes, pero los grupos sociales recuperan la vida que estaría en el alcohol y no la muerte. En 1985, dos bioquímicos aseguraban: “en México no hay control de los donadores profesionales de sangre, porque el 90% de estos donantes son

²⁵Refiere al título del libro de Cesare Pavese: *Trabajar cansa*.

alcohólicos, quienes por su situación económica venden sus 500 mililitros por seis mil pesos que les sirven para curarse la cruda y comer” (*El Día*, 1985; *Metrópolis*, 1985). Es decir, casi toda la sangre utilizada para atender y tal vez curar a los enfermos, es sangre alcoholizada, y pese a saber esto los bancos de sangre aceptan dicha sangre. En 1987, se decidió por fin examinar la calidad de la sangre y se establecieron fuertes controles, pero no por estar alcoholizada, sino porque se encontró que el 6% de la sangre almacenada en los bancos de sangre estaba contaminada con VIH.

Los análisis del sector salud y del personal médico evidencian que a nivel consciente y también no consciente domina una orientación positiva de los usos del alcohol que se articula con los usos de la población, de tal manera que, en ambos, necesitamos una vez más distinguir lo negativo que domina en sus discursos, de lo positivo que domina en sus prácticas. Es decir, ambos necesitan proponer una representación moral negativa del alcohol, pero sus prácticas sociales cotidianas la contradicen.

Los interrogantes formulados durante este trabajo pueden en parte ser asumidos desde este “cansancio” del sujeto, aunque este no es el objetivo del presente texto, sino analizar el alcoholismo desde la estructura y funciones del modelo médico hegemónico. Por lo que, si retomamos las preguntas formuladas en la introducción, considero que todas han sido contestadas a lo largo de nuestra descripción y análisis, aunque no obstante trataré de sintetizarlas.

El saber médico ha tenido y tiene escasa eficacia respecto de los problemas de salud generados directa e indirectamente por el uso y consumo de alcohol debido, tanto a limitaciones médicas de tipo técnico y teórico, como a factores económico-políticos y socioculturales que impulsan la alcoholización, estructuran a los conjuntos sociales y sobredeterminan al sector salud. El saber médico no ha desarrollado instrumentos eficaces para diagnosticar oportunamente, ni para tratar tempranamente, ni para solucionar el problema en su conjunto.

Al no asumir el proceso de alcoholización como el ámbito dentro del cual explicar y actuar sobre el problema, permanece en una suerte de lucha simulada contra el alcoholismo. Pero, además, el aparato médico-sanitario nacional ha generado escasas y discontinuas acciones y ha dedicado muy pocos recursos materiales, financieros y humanos a su tratamiento y prevención en términos específicos, dado que como hemos visto el sector salud se hace cargo, generalmente de las consecuencias directas e indirectas de los padecimientos generadas por los usos del alcohol en forma terminal. Estas conclusiones deben ser referidas al conjunto de las instituciones de salud y, en particular, a aquellas que fueron creadas para atender sobre todo a la

población en edad productiva, que es la que aparece como la más afectada por el alcoholismo.

La estructura y las funciones del modelo médico hegemónico limitan y/o impiden asumir el problema en su radicalidad, debido a las características y procesos analizados; más aún, son las características del modelo biomédico las que posibilitan simultáneamente reconocer el alcoholismo como un grave problema y, al mismo tiempo, no tratarlo o tratarlo precariamente, dada la falta de eficacia de la biomedicina. Por lo tanto, el primer punto a asumir, como se señaló, sería remitir el alcoholismo al proceso de alcoholización dentro del cual operan los diferentes actores sociales que tienen que ver con el alcohol, el alcoholismo y los alcoholizados y que, obviamente, incluyen las diferentes formas de atención que pueden operar al respecto. Como parte de esta perspectiva, la biomedicina debiera asumir pública y explícitamente sus limitaciones e imposibilidades, y propiciar abiertamente la construcción de un enfoque unificado que incluya no hegemónicamente a las instituciones médicas.

Este reconocimiento y propuesta debiera hacerse con carácter urgente, porque el complejo alcohólico —y hay que insistir en esto— constituye no solo parte de las primeras causas de mortalidad en México, sino también el conjunto de causas que más se incrementan comparativamente a nivel nacional y respecto de las cuales el sector salud no consigue revertir el proceso.

Pese a estos señalamientos, como ya vimos, el actual programa evidencia que muy poco ha cambiado, ya que constituye una continuidad respecto de las estrategias generadas por el Estado y su aparato médico-sanitario, que no solo no ha conseguido modificar la tendencia de las causas de mortalidad ligadas al consumo de alcohol, sino que no ha logrado disminuir el alto consumo de alcohol. Aplicar medidas sin crear nuevas condiciones que modifiquen el proceso de alcoholización conduce estructuralmente a su inoperancia. Cuando el aparato médico-sanitario establece toda una variedad de prohibiciones que luego no se cumplen, lo que se evidencia no es la necesidad de crear más y mejores prohibiciones, sino colocar el proceso en otra perspectiva de análisis. Por lo cual reiteradamente me he preguntado ¿qué función cumplen estos actos simbólicos prohibitivos tanto para el aparato médico-sanitario como para los gobiernos de los que forman parte y para la sociedad, dado que el aparato médico-sanitario sabe que no se aplican, que se aplican parcialmente o que las que realmente se aplican son reglas permisivas?

Al señalar esto no planteo que deben o no crearse y ejercerse prohibiciones, sino que me interrogo sobre la necesidad de establecer prohibiciones sabiendo de antemano que constituirán un nuevo campo normatizado de transgresiones. Por supuesto, para encontrar una respuesta teórica puedo recurrir a Durkheim (1974), Merton (2002), Goffman (1970), Gusfield (1963),

Freidson (1978) o Wrigth Mills (1964), y proponer explicaciones en términos de regla/transgresión como, por ejemplo, en el caso del alcoholismo en México, donde la norma es la transgresión como producto de las transacciones que operan entre diferentes actores sociales, como describimos previamente.

Las políticas propuestas a nivel nacional responden a condiciones particulares, pero fuertemente influidas a nivel de discurso por tendencias internacionales. El paso a primer plano de una mezcla de medidas educativas y prohibitivas referidas casi exclusivamente al consumo de alcohol, no solo supone el reconocimiento por las instituciones médicas de las limitaciones de las técnicas curativas, sino el paso a primer plano de una concepción ideológica que vuelve a encontrar en el sujeto —y sobre todo en el sujeto moralizado— la posibilidad de controlar este problema.

Cabe recordar que incluir al sujeto es necesario por varias razones, incluyendo su exclusión por diferentes tendencias, especialmente por las más progresistas, que colocaban la explicación en procesos económico-políticos o socioculturales, y el sujeto —si aparecía— era considerado secundario o irrelevante (Rozitchner, 1996). Por eso es necesario asumir que la recuperación del sujeto se hizo dentro del dominio de concepciones económico-políticas e ideológicas neoliberales que justamente impulsaron colocar en el sujeto tanto la causalidad de su alcoholismo, como su solución, excluyendo o colocando los procesos macrosociales como trasfondo de las decisiones individuales.

Nuestra crítica al modelo médico hegemónico respecto del alcoholismo no supone la existencia de otras perspectivas que den solución rápida y más o menos sencilla a las consecuencias negativas de los usos del alcohol. Lo que proponemos es la necesidad de que el modelo médico hegemónico asuma radicalmente sus limitaciones e ineficacias, y la necesidad de construir otro enfoque. Lo que no significa que no existan propuestas alternativas, sino que estas se integren en un nuevo modelo que debe ser aplicado a un proceso de alcoholización construido históricamente, y que lleve a asumir que gran parte de lo que se considera alcoholismo no debe ser tratado en términos de enfermedad, ni por supuesto como problema policial, y menos aún pensarlo en términos de políticas prohibicionistas.

Reflexionar sobre el alcoholismo desde nuevas posibilidades supone la revisión crítica de las teorías, prácticas e ideologías técnicas utilizadas por el sector salud, para encontrar a partir de ellas sus limitaciones y la posibilidad de incluirlas en una nueva perspectiva. Descubrir la “irracionalidad” teórica de los instrumentos, a partir de ellos mismos, constituye un importante punto de partida del análisis antropológico que debe ser aplicado a la supuesta racionalidad científica con que opera la biomedicina. Encontrar que por lo menos una parte de dicho sector reconoce el papel de la dimensión

productiva para luego observar que solo interviene limitada y básicamente sobre el consumo, supone no solo una aparente contradicción sino una manera de actuar que parece ignorar lo que otros sectores sociales reconocen casi como una obviedad.

Y así, por ejemplo, en la reunión plenaria del Consejo Nacional Antialcohólico en la cual se presentó el Programa Nacional contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas, la representación obrera señaló que el alcoholismo actual:

Tiene que ver con la estructura desigual sobre la que se sustenta nuestro sistema social; dado que las disparidades en la distribución de la riqueza, al generar empobrecimiento en amplios estratos sociales, derivan sin duda en estrecheces que inducen a buscar una salida en el consumo de alcohol [...] La desnutrición, el alcoholismo y la pobreza son aspectos de un mismo problema originado en injustas estructuras productivas [y agrega que no solo en el proletariado industrial se generan estas consecuencias] En realidad la pobreza, que en algunos casos llega a la miseria, a que está condenada una parte de la población la orilla al alcoholismo. Como expresión de ese fenómeno, es penoso el espectáculo de degradación humana que se puede observar en algunas poblaciones indígenas del país, donde la posibilidad de escape está únicamente representada por la pérdida de la conciencia provocada por el alcohol y donde se realiza, desde hace muchas décadas, por algunos explotadores del trabajo humano, una labor de inducción al alcoholismo que facilite sus propósitos²⁶.

Más allá de la propia autonomía de un discurso casi igual a sí mismo, y que el sector obrero viene reiterando desde finales del siglo XIX; más allá de la teoría implícita de que el “alcoholismo constituye una válvula de escape” a los dolores de la vida cotidiana, lo importante en esta declaración es la recuperación de las condiciones económico-políticas que impulsan la alcoholización, así como también la secundarización de la causalidad publicitaria ya que, decía:

Hay sin embargo una tendencia a culpar únicamente a la publicidad como causa de este mal social y lo cierto es que, si bien es un elemento importante, no constituye la causa fundamental del exceso

²⁶Editorial del periódico *El Día* (2/4/1986), publicado al día siguiente de la presentación del programa contra el alcoholismo y expresa la concepción del Congreso del Trabajo.

de ingestión de alcohol en el país, porque si no hubiera condiciones objetivas, como el subdesarrollo cultural y la desigualdad en el reparto de ingresos, la publicidad difícilmente conseguiría actuar como determinante del consumo alcohólico. (*El Día*, 1986)

Lo que también es reconocido por las instituciones internacionales que tienen que ver con la lucha contra las enfermedades, como es el caso de la OMS que, si bien asume el papel de los procesos económicos, no reduce a ellos el problema del alcoholismo, sosteniendo que:

Mientras que las autoridades de salud pública se inclinan a creer que los problemas del alcohol son puramente económicos —opinión firmemente arraigada en muchos países— será imposible convencerlos de que incorporen la lucha contra el alcoholismo a su programa de actividades. (OMS, 1955, p. 4)

Esto implica asumir que los aparatos médico-sanitarios reconocen, o por lo menos saben, el papel de los procesos económicos en la producción y consumo de alcohol, pero que no debemos reducir a estos el problema del alcoholismo debido a —y esto no lo aclara la OMS— que impide o limita desarrollar políticas antialcohólicas referidas a la producción y solo permite realizar algunas actividades respecto del consumo en la mayoría de los países.

Ya hemos analizado cuáles son los significados y consecuencias de analizar el alcoholismo solo a través de la dimensión económico-productiva o exclusivamente de la publicidad, pero lo que nos interesa retomar ahora son las acciones del aparato médico-sanitario que, si bien reconoce el papel de dicha dimensión, tiende a reducir el problema al individuo y colocarlo en su falta de responsabilidad y voluntad, en su dependencia psicológica o psicobiológica, en su debilidad constitucional y predisposición a la cirrosis hepática. Pero focalizar el problema en el sujeto consumidor significa que el sector salud no tiene poder, capacidad o interés en enfrentar a las fuerzas económicas, y que le es mucho más sencillo en términos biomédicos y mucho menos conflictivo en términos sociales colocar el eje del problema en los sujetos y en los microgrupos, lo cual es parte de la cuestión alcohólica, pero para nada toda la cuestión.

Pero, además, el sector salud sabe de otro aspecto importante respecto del papel de la dimensión económico-ocupacional. Si bien históricamente se ha vinculado el problema del alcoholismo con la pobreza, se ha constatado que varios de los países con mayor consumo de bebidas alcohólicas son los que tienen el mejor nivel de vida y el más alto nivel educativo, siendo algunos de

ellos los mayores productores y consumidores de alcohol, ya que “Europa, con 1/8 de la población mundial, consume cerca de la mitad de toda la producción de bebidas alcohólicas” (Cavanagh & Clairmonte, 1985).

Pero este cuestionamiento del mecanicismo economicista, así como la recuperación del sujeto, necesitamos relacionarlo con un aparato médico-sanitario que descubre a un sujeto a quien responsabiliza de su alcoholismo, al mismo tiempo que una parte de las corrientes psicoterapéuticas consideran el alcoholismo exclusivamente como un síntoma.

Necesitamos asumir estos procesos para analizarlos y no para volver a negarlos. Y lo primero a concluir es la necesidad de impulsar investigaciones que evidencien, con la mayor claridad posible, cuáles son las principales condicionantes del consumo de alcohol, de la generación de alcoholismo y de sus principales consecuencias negativas, así como también de los recurrentes fracasos antialcohólicos de la biomedicina, incluida la psiquiatría. También necesitamos incluir centralmente las funciones positivas que a nivel de grupos y de sujetos cumplen los usos del alcohol. Más aún, necesitamos comparar las causales, consecuencias y políticas referidas al alcoholismo con las que observamos respecto de las otras adicciones, para entender por qué tanto la OMS como los países interesados han denunciado constantemente a los grupos productores y comercializadores de marihuana, cocaína o heroína aplicando políticas policiales y militares contra los mismos, y no lo hacen respecto al alcohol, o solo lo hacen con la producción ilegal de bebidas alcohólicas.

Es decir, necesitamos incluir no solo las consecuencias negativas y las funciones positivas, sino también incluir al conjunto de actores sociales que tienen que ver con los diferentes aspectos del proceso de alcoholización, y no reducir el proceso a los posibles enfermos y a los que supuestamente los atienden. Pero, además, debe quedar bien claro que no proponemos una política de prohibición, sino que señalamos la actitud diferente de los servicios de salud nacional e internacional respecto de dos tipos de tóxicos: el alcohol y el resto de las drogas que supuestamente generan dependencia. Por ejemplo, la Procuraduría General de la República tiene para 1990 un presupuesto para la campaña contra el narcotráfico de \$150.573.000.000. ¿Cuál será la partida asignada para la lucha contra las trasgresiones alcoholizadas?

Por lo cual, necesitamos asumir que más allá de las buenas intenciones de la OMS, de no reducir el problema del alcoholismo a los factores económico-productivos, con lo cual estamos de acuerdo, el proceso de alcoholización incluye a una serie de actores sociales que van a tratar de utilizar las propuestas/concepciones/prácticas, por más cuestionadoras que aparezcan, para su propios objetivos e intereses, y esto constituye una cuestión crucial en el caso del alcoholismo, que lo remite nuevamente al proceso de alcoholización.

Y así, por ejemplo, los aparatos médico-sanitarios han encontrado en la crítica y limitación de la publicidad una coartada que permitiría cuestionar los intereses productivos alcoholeros sin incidir directamente sobre la producción y comercialización. De este modo, el sector salud necesita generar una interesante escisión entre producción y consumo, para lo cual ha recibido “ayuda teórica” de algunos sectores “contestatarios”, incluidas corrientes marxistas. Esta escisión posibilita colocar en la dimensión ideológica, es decir, en la publicidad, el principal “realizador” de la producción, dado que sería la principal inductora del consumo de alcohol. De tal manera, no solo quedan excluidos los productores, sino sobre todo los consumidores, los cuales no son considerados como sujetos que beben, sino como meros autómatas, cuyo consumo lo decide la publicidad. Estas carencias se expresan, a nuestro entender, en los contenidos de los programas de educación para la salud. Señalemos de paso que la Dirección General de Educación Higiénica no ha desarrollado investigaciones ni acciones específicas sino ocasionalmente.

El reconocimiento/desconocimiento por los aparatos médico-sanitarios de los factores económico-políticos es analizado por varios autores en términos de “realismo político” respecto del poder de los sectores sociales dominantes. El problema es que, en nuestro caso, dicho realismo supone admitir una continua e incrementada mortalidad de los sujetos alcoholizados en forma directa e indirecta. Si el sector salud partiera no del alcoholismo ni de la cirrosis hepática, sino del proceso de alcoholización, comenzaría a hacerse preguntas no solo desde sí mismo, sino también desde los sujetos y conjuntos sociales. Y esto es relevante porque las preguntas formuladas solo desde la enfermedad seguirán teniendo respuestas en estos términos, eliminando o inhibiendo otras perspectivas que incluyen la enfermedad, pero no se agotan allí ni en su curación.

Nuestra propuesta es que el proceso de alcoholización implica la aplicación de un enfoque relacional, que supone la necesaria inclusión de todos los actores sociales que tienen que ver específicamente con el alcohol y los procesos, funciones y problemas relacionados. Y que en consecuencia necesitamos incluir no solo los puntos de vista del sector salud, y de sus especialistas y no especialistas, sino también los de los grupos paralelos y/o alternativos que tratan a los alcohólicos. Necesitamos incluir a los que sufren de alcoholismo, a los que beben moderadamente, así como a la población que consume socialmente a través de sus relaciones y rituales cotidianos, pero también a los que no consumen, incluidos los que se oponen al consumo.

Necesitamos reconocer que cada actor social se relaciona con el alcoholismo según los roles, intereses, objetivos y poder que tenga respecto de este, de tal manera que el personal de salud se relacionará a través de los aspectos

médicos, excluyendo sus propios saberes ciudadanos respecto del alcoholismo. Pero la perspectiva que proponemos implica recuperar los diferentes saberes que maneja.

Planteado así, el problema del alcoholismo constituiría parte de un proceso que da cuenta no solo del problema, sino de la sociedad en la cual dicho problema emerge. Más aún, considero que algunas sociedades pueden ser analizadas en algunas de sus características más idiosincráticas a través de las relaciones formales/informales, ideales/reales, complementarias/contradictorias, cooperativas/agresivas construidas por los diferentes conjuntos sociales en relación con el alcohol.

Toda una serie de propuestas socioantropológicas y cuya expresión más organizada a nivel teórico es el trabajo de Mac Andrew y Edgerton (1969), ha focalizado la alcoholización desde la perspectiva señalada. Dichas propuestas consideran que, en torno a la alcoholización, se han constituido relaciones de conflicto y complementariedad étnicas y de clase pero que, además, a través de la alcoholización, no solo pueden filtrarse estructuras no conscientes, sino que puede observarse el funcionamiento de perspectivas sociales y culturales generadas por los grupos subalternos (Taylor, 1979), más allá del opacamiento y negación generados por las estructuras hegemónicas. Desde esta perspectiva, y como lo señala Levine (1981), la investigación sobre la alcoholización permite revisar críticamente a las sociedades e instituciones, dado que la alcoholización establece casi paradigmáticamente determinadas relaciones transaccionales, incluidas la dominación, el cuestionamiento y las relaciones de hegemonía/subalternidad. Y el modelo médico hegemónico es parte de este proceso y, en consecuencia, mientras no asuma realmente su inclusión en dicho proceso, no solo no podrá entender y hallar soluciones al problema del alcoholismo, sino que no podrá solucionar su propia relación con dicho problema. Pero ocurre, como concluyen Hahn y Kleinman, que:

El enfoque biomédico ha obstruido significativamente la perspectiva antropológica aplicada al estudio de las enfermedades, de los padecimientos, de la salud y de la etnomedicina, ya que el mismo ha devaluado y excluido etnocéntricamente los aportes generados por otras etnomedicinas, incluido el papel de los saberes populares, y que han sido analizados y recuperados por la Antropología. (1983, p. 283)

Pero, además, el enfoque biomédico sabe, aunque también lo excluye, que:

Cualquier persona que haya trabajado en un hospital urbano, sabe lo repudiado que son los alcohólicos en las salas de emergencia de

los hospitales, y lo renuente que se muestra el personal del hospital a admitirlos en las salas de atención médica o psiquiátrica, a menos que presenten delirium tremens o padezcan alguna otra enfermedad grave. (Nathan & Harris, 1989, p. 310)

Y esto que refiere a EEUU, también ha sido documentado para varios países europeos, y lo hemos registrado reiteradamente para México, lo cual tiene que ver, al menos con dos hechos. Uno, con el que ha lidiado la biomedicina desde mediados del siglo XIX hasta la actualidad respecto del alcoholismo, y que sintetiza claramente Georges Devereux: “Tanto en psiquiatría primitiva como en psiquiatría moderna, la etapa decisiva no es la diferenciación entre diversas categorías de desórdenes psicológicos, sino la diferenciación entre ‘salud’ y ‘enfermedad’, y es precisamente ahí donde la carencia de materiales es sensible” (1973, p. 301); y otro, que en cierta medida es complementario, según el cual las identidades de los sujetos alcoholizados tienen que ver con nuestras propias identidades más o menos “normalizadas”. Por lo que un análisis y, sobre todo, las intervenciones respecto del alcoholismo y de los *alcohólicos* deben asumir que sus usos y “desviaciones” remiten a lo constitutivo de nuestras sociedades y de nuestras subjetividades.

Bibliografía

Colecciones de publicaciones periódicas analizadas

El Día, 1970-1989.

Excélsior, 1970-1989.

La Jornada, 1985-1990.

Proceso, 1980 -1986.

Revista del Consumidor, 1970-1990.

Unomásuno, 1980-1989.

Metrópolis, 1985-1990.

Referencias bibliográficas

Aceves Saínos, D.; García Romero, H.; Valladares Sosa, O.; et al. (1975). Epidemiología de la cirrosis en la población derechohabiente del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. *Salud Pública de México*, v. 17, n. 4, p. 453-458.

Adis Castro, G. (1966). Alcoholismo y enfermedad: concepción popular (proyecto para su investigación). *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, n. 12, p. 343-350.

Alonso Fernández, F. (1979). *Fundamentos de la psiquiatría actual*. Madrid: Paz Montalvo.

Álvarez Amézquita, J.; Bustamante, M. E.; López Picazos, A.; Fernández del Castillo, F. (1960). *Historia de la salubridad y de la asistencia en México*. México: Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Arias, J. (1975). *El mundo numinoso de los mayas: estructura y cambios contemporáneos*. México: Secretaría de Educación Pública, SepSetentas.

Ariès, P. (1975). *Essai sur l'histoire du moyen âge a nous jours*. Paris: Editions du Seuil.

Arliaud, A. (1976). La demarche du sous-traitant: Une approche titubante de l'alcoolisme. *Sociologie du Travail*, v. 4, p. 363.

Askinas, S. (1939). *México indígena: observaciones sobre algunos problemas de México*. México: Editorial Cosmos.

Ayuso, C. S.; López, G. O.; Pérez, P. E. (1968). *Encuesta para detectar trastornos mentales en una muestra de población militar y en derechohabientes del ejército mexicano*. [Tesis Recepcional]. México: Escuela Médico Militar.

Babow, I. (1974). Functions and dysfunctions of alcohol: A sociological perspective. *Journal of School Health*, v. 44, n. 8, p. 423-427. doi: 10.1111/j.1746-1561.1974.tb01941.x.

Bacon, M. K. (1976). Cross-cultural studies of drinking: integrated drinking and sex differences in the use of alcoholic beverages. En: Everett, M. W.; Waddel, J. O.; Heath,

- D. B. (eds.). *Cross-cultural approaches to the study of alcohol: An interdisciplinary perspective*. Paris: Mouton, The Hague, p. 23-33.
- Bacon, M.K.; Barry, H. III; Child I. L. (1965). A cross-cultural study of drinking: II Relations to other features of culture. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, (Suppl. 3), p. 29-48.
- Bacon, S. D. (1943). Sociology and the problems of alcohol: Foundations for a sociologic study of drinking behavior. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, v. 4, n. 3, p. 399-445.
- Bacon, S. D. (1962) [1945]. Alcohol and complex society. En: Pittman, D.; Snyder C. R. (eds.). *Society, culture, and drinking patterns*. New York: John Wiley & Sons.
- Balandier, G. (1957) [1955]. *Sociologie actuelle de l'Afrique noire: Dynamique des changements sociaux en Afrique centrale*. Paris: PUF.
- Bales, R. F. (1946). Cultural differences in rates of alcoholism. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, (Suppl. 6), p. 480-499.
- Baran, P. A.; Sweezy, P. M. (1980) [1968]. *El capital monopolista: ensayo sobre el orden económico y social de los Estados Unidos*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Bastide, R. (1967). *Sociología de las enfermedades mentales*. México: Siglo Veintiuno Editores.
- Bauman, Z. (2016). *Modernidad líquida*. Madrid: Fondo de Cultura Económica.
- Bauman, Z. (2017). *Vida líquida*. Barcelona: Paidós.
- Beauchamp, D. E. (1975). The alcohol alibi: Blaming alcoholics. *Society*, v.12, n. 6, p. 12-17.
- Beauchamp, D. E. (1976a). Alcoholism as blaming the alcoholic. *International Journal of the Addictions*, v.11, n. 1, p. 41-52.
- Beauchamp, D. E. (1976b). Public health as social justice. *Inquiry*, v. 13, n. 1, p. 3-14.
- Benedict, R. (1934). Anthropology and the abnormal. *Journal of General Psychology*, n. 10, p. 59-82. doi: 10.1080/00221309.1934.9917714.
- Bernal Sahagún, V. M.; Márquez Morales, A.; Navarro Benítez, B.; Selsler Ventura, C. (1983). *El alcoholismo en México: Negocio y manipulación*. México: Nuestro Tiempo.
- Berremán, G. (1956). Drinking patterns of the aleuts. *Quarterly Journal Studies on Alcohol*, (Suppl. 17), p. 503-514.
- Berruecos, L.; Velasco, P. (1977). *Lástima que mohuintiá quema y no papá: Patrones de ingestión de alcohol en una comunidad indígena de la Sierra Norte de Puebla, México*. México: reportes especiales CEMESAM.
- Blane, H. T. (1976). Education and the prevention of alcoholism. En: Kissin, B.; Begleiter, H. B. (eds.). *Social Aspects of Alcoholism*. New York: Plenum Press.
- Blaxter, M. (1978). Diagnosis as category and process: The case of alcoholism. *Social Science & Medicine*, v. 12, p. 9-17. doi: 10.1016/0271-7123(78)90017-2
- Blum, M. (1979). Un programa de psiquiatría comunitaria en Santa Ursula Coapa, D.F. *Salud Mental*, v. 2, n. 1, p. 19-22.
- Bobbio, N. (1990). La democracia realista de Giovanni Sartori. *Nexos*. Recuperado de: <https://tinyurl.com/wknsbvt>.
- Bogani Miquel, E. (1975). *El alcoholismo, enfermedad social*. Madrid: Plaza & Janes.

- Bosk, C. L. (1985). Social control and physicians: the oscillation of cynicism and idealism in sociological theory. En: Swazey, J.; Scher, S. (eds.). *Social Controls in the Medical Profession*. Boston: Oelgeschlager, Gunn & Hain. p. 31-51.
- Bourdieu, P.; Passeron, J.C.; Chamboredon, J.C. (1975). *El oficio de sociólogo: Presupuestos epistemológicos*. México: Siglo Veintiuno Editores.
- Bravo Becherelle, M. A. (1959). Causas principales de mortalidad en México, según edad y sexo. *Revista del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales*, v. 19, n. 2, p. 181.
- Bricker, V. R. (1986). *Humor ritual en la altiplanicie de Chiapas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Buentello, E. (1959a). La salud mental en las ciudades mexicanas: Plan de trabajo y medidas prácticas. *Revista Salud Pública*, v. 1, n. 1, p. 133-140.
- Buentello, E. (1959b). Higiene mental de las comunidades rurales. *Revista Salud Pública*, v. 1, n. 1, p. 141-153.
- Buentello, E. et al (1969). Legislación sobre enfermos mentales. *Gaceta Médica de México*, v. 99, n. 2, p. 11-28.
- Bulnes, F. (1909). *El pulque: estudio científico*. México: Antigua Imprenta de Murguía.
- Bulnes, F. (1916). *Toda la verdad acerca de la Revolución Mexicana: La responsabilidad criminal del presidente Wilson en el desastre mexicano*. México: Los Insurgentes.
- Bunzel, R. (1940). The role of alcoholism in two Central American cultures. *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes*, n. 3, p. 361-387.
- Bunzel, R. (1976). Chamula and Chichicastenango: a reexamination. En: Everett, M. W.; Waddel, J. O.; Heath, D. B. (eds.). *Cross-cultural approaches to the study of alcohol*. Paris: Mouton, The Hague. p. 21-22.
- Bustamante, M. E. (1974). Aspectos socioeconómicos del alcoholismo. *Gaceta Médica*, v. 107, n. 3, p. 227-235.
- Cabildo Arellano, H. M. (1970). Consideraciones sobre el alcoholismo. *Salud Pública de México*, v. 12, n. 4, p. 433-435.
- Cabildo Arellano, H. M. (1972). Panorama epidemiológico del alcoholismo en México. *Revista Facultad de Medicina, UNAM*, v. 13, n. 2, p. 115-118.
- Cabildo Arellano, H. M. et al (1967). Estado actual de la salud mental en México. *Higiene*, v. 18, n. 2, p. 55.
- Cabildo Arellano, H. M.; Silva Martínez, M.; Juárez, J. M. (1969). Encuesta sobre hábitos de ingestión de bebidas alcohólicas. *Salud Pública de México*, v. 11, n. 6, 759-769.
- Caetano, R. (1982). Manifestations and perceptions of alcohol-related problems in the Americas. En: Kaplan, A. K. (ed.). *Legislative approaches to the prevention of alcohol-related problems: An Inter-American Workshop*. Washington D. C., Institute of Medicine, National Academy Press. p. 64-105.
- Cahalan, D.; Cisin, I. H. (1976). Drinking Behavior and Drinking Problems in the United States. En: Kissin, B.; Begleiter, H. (eds.). *Social Aspects of Alcoholism*. New York: Plenum Press. p. 77-115.

- Calderón, G. (1973). Alcoholismo y sociedad. *Psiquiatría*, v. 3, n. 1, p. 26.
- Calderón, G. (1983). Contribución de la psiquiatría comunitaria para la atención integral del Alcoholismo. En: Molina, P.V.; Berruecos, V. L. A.; Sánchez, M. L. (eds.). *El alcoholismo en México: Aspectos sociales, culturales y económicos*. Volumen 2. México: Fundación de Investigaciones Sociales.
- Calderón, G. et al., (1981). *Respuestas de la comunidad ante los problemas relacionados con el alcohol*. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- Calderón, G.; Elorriaga, H. (1975). El Centro Piloto de Salud Mental Comunitaria San Rafael. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 78, n. 2, p. 155-160.
- Campillo C. (1982). Los problemas relacionados con el alcohol en México y estrategias para prevenirlo. En: Molina, V.; Sánchez, L. (eds.). *El alcoholismo en México*, t. 1. México: Fundación de Investigaciones Sociales.
- Campillo, C.; Medina Mora, E. (1978). Evaluación de los problemas y de los programas de investigación sobre el uso del alcohol y drogas (especialmente solventes) en México. *Salud Pública de México*, v. 20, n. 6, p. 733-743.
- Campos Marín, R. (2001). De la higiene del aislamiento a la higiene de la libertad. La reforma de la institución manicomial en Francia (1860/1940). *Frenia*, v. 1, n. 1, p. 37-64.
- Cancian, F. (1965). *Economics and prestige in a Maya community: The religious cargo system in Zinacantan*. California: Stanford University Press. doi: 10.1177/000271626636700176
- Caponi, S. (2014). *Locos y degenerados: Una genealogía de la psiquiatría ampliada*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Cappell, H. (1975). An evaluation of tension models of alcohol consumption. En: Gibbins R. J.; Israel, Y.; Kalant, H.; Popham, R. E.; Schmidt, W.; Smart, R. G. (eds.). *Research advances in alcohol and drug problems*. T. 2. New York: Wiley. p. 177-210.
- Cassel, J. C. (1964). Social science theory as a source of hypotheses in epidemiological research. *American Journal of Public Health*, v. 54, n. 9, p. 1482-1488. doi: <https://doi.org/10.2105/AJPH.54.9.1482>.
- Cassel, J.C.; Tryoler, H. A. (1988). Estudios epidemiológicos de cambios culturales. En: Buck, C.; Llopis, A.; Nájera, E.; Terris, M. (Discusión y recopilación). El desafío de la epidemiología: Problemas y lectura seleccionadas. Washington DC, Organización Panamericana de la Salud, p. 382-392
- Castel, F.; Castel, R.; Lovell, A. (1980). *La sociedad psiquiátrica avanzada: El modelo norteamericano*. Barcelona: Anagrama.
- Castel, R. (1984). *La gestión de los riesgos*. Barcelona: Anagrama.
- Cavanagh, J.; Clairmonte, F. (1985). *Alcoholic beverages: Dimensions of corporate power*. London: Croom Helm.
- Celis, A.; Nava, J. (1970). Patología de la pobreza. *Revista Médica del Hospital General*, v. 33, n. 6, p. 371.
- Celis, C. R. (1982). El vino: alegría de los dioses y perdición de los hombres. En: Molina, V.; Sánchez, L. (eds.). *El alcoholismo en México*, t. 1. México: Fundación de Investigaciones Sociales.

- Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Instituto Nacional de la Nutrición (CIESAS-INN) (1981-1982). *Encuesta sobre alcoholismo y alcoholización en cinco colonias de México D. F.* México: CIESAS.
- Chávez, A. (1980). *La alimentación y los problemas nutricionales*. México: División de Nutrición del INN.
- Chávez, A. (1981). *Políticas de precios, distribución y consumo de alimentos en México*. México: División de Nutrición del INN.
- Cochrane, A. L. (1972). *Effectiveness and efficiency: Random reflections on health services*. London: Nuffield Provincial Hospitals Trust.
- Conrad, P.; Schneider, J. (1980a). *Deviance and medicalization: From badness to sickness*. St-Louis: Mosby.
- Conrad, P.; Schneider, J. (1980b). Looking at levels of medicalization: a comment on Strong's critique of the thesis of medical imperialism. *Social Science & Medicine*, v. 14A, n. 1, p. 75-79.
- COPLAMAR (1982). *Necesidades esenciales en México*. México: COPLAMAR, Siglo Veintiuno Editores.
- Corona, R.; Jiménez, R.; Minujin, A. (1981). *La mortalidad en México: método para la estimación de tablas abreviadas de mortalidad para los estados de la República*. México: Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM.
- Cortez Canarelli, B. (1988). La funcionalidad contradictoria del consumo colectivo de alcohol. *Nueva Antropología, Revista de Ciencias Sociales*, n. 34, p. 157-185.
- Dajer, F.; Guevara, L.; Arosamena, L.; Suárez G.; Kershenobich, D. (1978). Consideraciones sobre la epidemiología de la cirrosis hepática alcohólica en México. *Revista de Investigaciones Clínicas*, v. 30, p. 13-28.
- De la Fuente et al., (1986). *Detección oportuna de bebedores excesivos de alcohol*. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- De la Fuente, J. (1973) [1940]. *Experiencias de la escuela rural indígena*. México: Educación, Antropología y desarrollo de la comunidad, Instituto Nacional Indigenista.
- De la Fuente, J. (1977) [1948]. *La educación formal en el programa del Instituto Nacional Indigenista*. México: Educación, Antropología y desarrollo de la comunidad.
- De la Fuente, J. (coord.) (1954). *Comisión de estudios del problema del alcoholismo en Chiapas*. México: Gobierno de Chiapas, INI.
- De la Fuente, R. (1972). El problema de la dependencia de drogas. *Gaceta Médica de México*, v. 103, n. 2, p. 101-123.
- De la Fuente, R. (1977). La salud mental en México. *Salud Mental*, v. 4, n. 9, p. 4-13.
- De la Fuente, R. et al (1982). *Detección precoz del alcoholismo de bebedores excesivos de alcohol*. México: Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- De la Fuente, R.; Medina Mora, M. E. (1987). El abuso del alcohol y los problemas relacionados. *Salud Mental*, v. 10, n. 2, p. 3-13.
- De la Loza Saldívar, A. (1968). Análisis estadístico en 50,553 egresos del Hospital Central Militar (1959-1963). *Revista Sanitaria Militar*, v. 19, p. 101.

- De la Parra, A.; Medina Mora, M. E.; et al. (1974). *Estudio epidemiológico sobre consumo de alcohol en el Distrito Federal: (encuesta de hogares)*. México: Reportes especiales, CEMEF.
- De la Parra, A.; Terroba, G.; Medina Mora, M. E. (1980). Prevalencia del consumo de alcohol en la ciudad de San Luis Potosí. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, v. 2, n. 12, p. 236-245.
- De Martino, E. (1975). *Mondo popolare e magia in Lucania*. Roma-Matera: Basilicata Editrice.
- Dennis, P. A. (1975). The Role of the Drunk in a Oaxacan Village. *American Anthropologist*, v. 77, n. 4, p. 856-863. doi. 10.1525/aa.1975.77.4.02a00080
- Dennis, P. A. (1991). El rol del borracho en un pueblo oaxaqueño. En: Menéndez, E. L. (ed.). *Antropología del alcoholismo en México: los límites culturales de la economía política 1930-1979*. México: CIESAS, Casa Chata, p. 353-367.
- Departamento de Salubridad Pública. (1937). Memoria del Primer Congreso Nacional contra el alcoholismo, celebrado en Puebla, del 24 al 31 de octubre de 1936. México: DAPP.
- Devereux, G. (1937). Institutionalized homosexuality of the Mohave Indians. *Human Biology*, v. 9, n. 4, p. 498-527.
- Devereux, G. (1948). The function of alcohol in Mohave Society. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, v. 9, p. 207-251.
- Devereux, G. (1973). *Ensayos de etnopsiquiatría general*. Barcelona: Barral editores.
- Devereux, G. (1977). *De la ansiedad al método de las ciencias del comportamiento*. México: Siglo Veintiuno Editores.
- DeWalt, B. R. (1979). Drinking behavior, economic status, and adaptive strategies of modernization in a highland Mexican community. *American Ethnologist*, v. 6, p. 510-530.
- Dirección General de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación. (1965). Dirección de Salud Mental y Rehabilitación. *Salud Pública de México*. v. 7, n. 6, p. 959-966.
- Di Pardo, R.; Menéndez, E. L. (1981). *Definiciones, clasificaciones, indicadores y estrategias terapéuticas*. Mimeo
- Dubois, R. (1975). *El espejismo de la salud: Utopías, progresos y cambio médico*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Durkheim, E. (1974). *El suicidio*. México: UNAM.
- Edgerton R. B. (1975). Anthropology and alcohol: in search of a new paradigm. *Reviews in Anthropology*, v. 2, n. 3, p. 407-415.
- Edwards, G. (1967). Análisis del tratamiento del alcoholismo. Mardones, J.; Varela, A. (eds.). *Simposio Internacional sobre Alcohol y Alcoholismo*. Santiago de Chile: Universidad de Chile. p. 156-161.
- Edwards, G. (1980). Alcoholism treatment; between guesswork and certainly. En: Edwards, G.; Grant, M. (eds.). *Alcoholism treatment in transition*. Baltimore: University Park Press, p. 307-320.
- Edwards, G. (1981). Prevención con equilibrio de estrategias. En: Edwards, G.; Arif, A. (eds.). *Los problemas de la droga en el contexto sociocultural: Una base para la formulación de políticas y la planificación de programas*. Ginebra: OMS, p. 262-272.

- Edwards, G. (1987). El alcoholismo como un problema médico importante. *Salud Mental*, v. 10, n. 2, p. 26-31.
- Edwards, G. (1988). Tratamientos. *Boletín OPS*, v. 104, n. 3, p. 273.
- Edwards, G.; Arif, A. (eds.). (1981). Los problemas de la droga en el contexto sociocultural. *Cuaderno de Salud Pública*, n. 73, p. 963.
- Edwards, G.; Arif, A.; Hodgson, R. (1981). Nomenclature and classification of drug- and alcohol-related problems: a WHO Memorandum. *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 59, n. 2, p. 225-242. PMC2396054.
- Edwards, G.; Grant, M. (eds.). (1980). *Alcoholism treatment in transition*. London: Croom-Helm.
- El Guindi, F. (1987) [1986]. *The myth of ritual: A native's ethnography of Zapotec life-crisis rituals*. Tucson: University of Arizona Press.
- Elizondo López, J. A. (1982). Tratamiento del alcoholismo. En: Molina Piñeiro, V.; Sánchez Meda, L. (comps.). *El alcoholismo en México*, t. 1, México: Fundación de Investigaciones Sociales. p. 179-197.
- Elizondo López, J. A. (1983) Influencia de los aspectos sociales en el tratamiento y rehabilitación del paciente alcohólico. En: Molina, P.V.; Berruecos, V. L. A.; Sánchez, M. L. (eds.). *El alcoholismo en México: Aspectos sociales, culturales y económicos*. Volumen 2. México: Fundación de Investigaciones Sociales. p. 71-86.
- Elizondo López, J. A. (s/f). *Implicaciones familiares y sociales del alcoholismo en derechohabientes del IMSS*. México.
- Elizondo López, J. A.; Macías, A. R.; Ramírez Moreno, A. (1977). Aspectos médico psiquiátricos del alcoholismo. En: Guerra-Guerra, A. J. (comp.). *El alcoholismo en México*. México: Fondo de Cultura Económica. p. 45-62.
- Escotto, J. (1979). Tratamiento y rehabilitación del alcohólico. *Revista Médica Hospital General*, v. 42; n. 3; p. 150-155.
- Everett, M. W.; Waddel, J. O.; Heath, D. B. (1973). *Cross-cultural Approaches to the Study of Alcohol: an interdisciplinary perspective*. Paris: The Hague, Mouton Press.
- Ey, H.; Bernard, P.; Brisset, C. (1974) [1971]. *Tratado de psiquiatría*. Barcelona: Toray-Masson.
- Ezell, P. H. (1965). *A comparison of drinking patterns in three Hispanic cities*. Berkeley: American Association for the Advancement of Science.
- Fabila, A.; Fabila, G. (1951). *Ensayo socioeconómico del estado*. México: Talleres Gráficos de la Nación, vol. 2.
- Fanon, F. (1962). *Los condenados de la tierra*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Fanon, F. (1968). *Sociología de una revolución*. México: Ediciones Era.
- Faris, D., (1974). The prevention of alcoholism and economic alcoholism. *Preventive Medicine*, v. 3, n. 1, p. 36-48. doi: 10.1016/0091-7435(74)90061-9
- Favre, H. (1964). Notas sobre el homicidio entre los Chamulas. *Estudios de Cultura Maya*, n. 4, p. 305-322.
- Ferenczi, S. (2009) [1911]. El alcohol y las neurosis. *Pharmakon*, n. 11, p. 195.

- Fernández de Hoyos, R. (1983). ¿Cuáles son realmente las principales causas de defunción en México? *Salud Pública de México*, v. 25, n. 2, p. 241-264.
- Field, P. B. (1962). A new cross-cultural study of drunkenness. En: Pittman D. J.; Snyder C. R. (eds.). *Society, culture and drinking patterns*. New York: Wiley. p. 48-74.
- Flanet, V. (1977). *Viviré si Dios quiere: un estudio de la violencia en la Mixteca de la Costa*. México DF: Instituto Nacional Indigenista.
- Flanet, V. (1986). *La madre muerte: Violencia en México*. México DF: Fondo de Cultura Económica.
- Flaubert G. (1981). Diccionario de tópicos. En: Tres cuentos. Barcelona: Bruguera. p.153-208.
- Flores Espinosa, J. (1965). *Cirrosis en México: Hospital general para indigentes*. México: Secretaría de Salubridad Pública-Prensa Médica Mexicana.
- Foucault, M. (1967). Historia de la locura en la época clásica. México: Fondo de Cultura Económica, 2 vols.
- Foucault, M. (1990). La vida de los hombres infames. Madrid: Las Ediciones de la Piqueta.
- Foucault, M. (2000). Los anormales. Buenos aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2008). El poder psiquiátrico. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Freden, L. (1986). *Aspectos psicosociales de la depresión*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Freidson, E. (1978). *La profesión médica: Un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Barcelona: Península.
- Fromm, E.; Maccoby, M. (1973). *Sociopsicoanálisis del campesino mexicano*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Galanter, M. (ed.). (1983). *Recent developments in alcoholism*. t. 1. Nueva York: Plenum Press.
- Galanter, M. (ed.). (1984). *Recent developments in alcoholism*. t. 2. Nueva York: Plenum Press.
- Galanter, M. (ed.). (1985). *Recent developments in alcoholism*. t. 3. Nueva York: Plenum Press.
- Galanter, M. (ed.). (1986). *Recent developments in alcoholism*. t. 4. Nueva York: Plenum Press.
- Galanter, M. (ed.). (1987). *Recent developments in alcoholism*. t. 5. Nueva York: Plenum Press.
- Garate, C. (1960). Los trastornos emocionales como causa de enfermedad en Tehuantepec. *América Indígena*, vol. XX, n. 3, p. 201-208.
- Gentis, R. (1972). *La tapia del manicomio*. Barcelona: Laia.
- Gentis, R. (1979). *Tratado de psiquiatría provisional*. Madrid: Fundamentos.
- Ghindini, O.; et al. (1979). Lineamenti di patologia internistica. En: Morandini, G.; Andreoli, V.; Prefazione, A.; Ghidini, O.; Maffei, F.; Biti, R.; Residori, P. *Alcoolismo: clinica e terapia*. Milano: Masson. p. 69-105.
- Gibbins, R. J.; Israel, Y.; Kalant, H.; Popham, R. E.; Schmidt, W.; Smart, R. G. (1975). *Research advances in alcohol and drug problems*. New York: Wiley & Sons, v. 2.

- Glad, D. D. (1947). Attitudes and experiences of American-Jewish and American-Irish male youth as related to differences in adult rates of inebriety. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, v. 8, p. 406-472.
- Goffman, E. (1970). *Ritual de la interacción*. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo.
- González Avendaño, G. (1984). *Ideologies of drinking: Public and professional ideas on drinking in Costa Rica society*. Berkeley: University of California.
- González Navarro, M. (1974). *Población y sociedad en México (1900-1970)*. México: UNAM.
- González Posada, J.; Merelo Anaya, A.; Garza Cárdenas, J. (1986). Patrones de morbilidad hospitalaria. *Salud Pública de México*, v. 28, n. 4, p. 348-353.
- González, E.; et al. (1967). Algunas reflexiones sobre la mortalidad en el Distrito Federal. *Higiene*, v. 18, n. 4, p. 115.
- González, R. (1976). *Aspectos administrativos de la salud mental y la organización de los servicios de salud en relación con el alcoholismo en América Latina*. México: UAM-X.
- González, R.; et al. (1982). El alcoholismo en la apreciación del estudiante de medicina. *Revista Hospital Psiquiátrico de La Habana*, v. 23, n. 1, p. 29.
- Gouldner, A. (1979). *La crisis de la sociología occidental*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Grant, M.; Clare, A. (1980). Challenging our confusions. En: Edwards G.; Grant, A. (eds.). *Alcoholism treatment in transition*. London: Croom Helm. p. 49-59.
- Graves, T. D. (1970). The personal adjustment of Navajo Indian Migrants to Denver, Colorado. *American Anthropologist*, v. 72, p. 35-54.
- Graves, T. D. (1967). Acculturation, access and alcohol in a tri-ethnic community. *American Anthropologist*, v. 69, p. 306-321.
- Grinspoon, L. (1973). *Reconsideración de la marihuana*. México: Editorial Extemporáneos.
- Gruppo di ricerca sui problemi dell'alcolismo e delle tossicodipendenze. (1985). *L'alcol nella società: Scienza, cultura e controllo sociale*. Torino: Celid.
- Guerra-Guerra, A. J. (comp.). (1977). *El alcoholismo en México*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Guevara, L. (1974). Historia natural de la cirrosis hepática. *Revista de la Facultad de Medicina*, v. 17, n. 8, p. 5.
- Gusfield, J. (1981). *The Culture of Public Problems: Drinking-Driving and the Symbolic Order*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Gusfield, J. R. (1963). *Symbolic crusade: Status politics and the American temperance Movement*. Illinois: University of Illinois Press.
- Hahn, R.; Kleinman, A. (1983). Biomedical Practice and Anthropological Theory: Frameworks and Directions. *Annual Review of Anthropology*, v. 12, p. 305-333.
- Hallowell, A. I. (1946). Some psychological characteristics of the Northeastern Indians. In: Johnson F (ed.). *Man in Northeastern North America*. Andover: Papers of the R. S. Peabody Foundation for Archeology, n 3, p. 195-225.
- Hallowell, A. I. (1955). *Culture and experience*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Harris, M. (1982). *El materialismo cultural*. México: Alianza Editorial.

- Harwood, H. J.; Napolitano, D. M.; Kristiansen P. L.; Collins J. J. (1984). *Economic costs to society of alcohol and drug abuse and mental illness: 1980*. North Carolina: Research Triangle Institute.
- Heath, D. B. (1958). Drinking patterns of the Bolivia Camba. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, v. 19, n. 3, p. 491-508.
- Heath, D. B. (1975). A critical review of ethnographic studies of alcohol use. En: Gibbons; et al. (eds.). *Research advances in alcohol and drug problems*, v. 2. New York: John Wiley & Sons. p. 1-92.
- Heath, D. B. (1976). Anthropological perspectives on alcohol: An historical review. En: Everett, M. W.; Waddell, J. O.; Heath, D. B. (eds.). *Cross-cultural approaches to the study of alcohol: An interdisciplinary perspective*. Paris: Mouton, The Hague. p. 41-101.
- Heath, D. B. (1977). *A critical review of the sociocultural model of alcohol use*. San Diego: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Heath, D. B. (1982). Historical and cultural factors affecting alcohol availability and consumption in Latin America. En: Kaplan, A. (ed.). *Legislative approaches to prevention of alcohol-related problems: An inter-American workshop*. Washington, D.C.: Institute of Medicine, National Academy Press. p. 128-160, 174-188.
- Heath, D. B.; Agar, M.; Beckett, J.; Bennet, L.; Casswell, S.; Leland, J.; Levy, J.; Madsen, W.; Marshall, M.; Moskalwicz, J.; Negrete, J.; Rodin, M.; Sackett, L.; Sargent, M.; Strug, D.; Waddell, J. (1984). Comments on Room, R: Alcohol and ethnography: A case of "problem deflation"? *Current Anthropology*, v. 25, n. 2, p. 169-191.
- Hingson, R.; Matthews, D.; Scotch, N. A. (1979). The use and abuse of psychoactive substances. En: Freeman, H. E.; Levine, S.; Reeder, L. G. (eds.). *Handbook of medical sociology* (3rd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Honigmann, J. J.; Honigmann, I. (1945). Drinking in an Indian-white community. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, v. 5, p. 575-619.
- Horton, D. (1943). The functions of alcohol in primitive societies: a cross-cultural study. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, v. 4, n. 2, p. 199-320.
- Horwitz, J.; Marconi, J.; Adis Castro, G. (eds.). (1967). *Bases para una epidemiología del alcoholismo en América latina*. Buenos Aires: Fondo para la Salud Mental.
- IMSS-COPLAMAR. (1988). *Diagnóstico de salud en las zonas marginadas rurales de México*. México: IMSS.
- IMSS-COPLAMAR. (1984). *Diagnóstico de salud en zonas marginadas*. México: IMSS.
- IMSS-COPLAMAR. (1983). *La medicina tradicional y el médico del IMSS-COPLAMAR*, Documento de trabajo No. 1. México: IMSS.
- Instituto Mexicano de Psiquiatría. (1981/1982). *Anuario estadístico*. México: IMSS.
- Instituto Mexicano de Psiquiatría. (1982). *Primera reunión sobre investigación y enseñanza*. México: IMP.
- Instituto Mexicano de Psiquiatría. (1984). *Segunda reunión sobre investigación y enseñanza*. México: IMP.

- Instituto Mexicano de Psiquiatría. (1986). *Tercera reunión sobre investigación y enseñanza*. México: IMP.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. (1976-1986). *Memoria estadística*. México: IMSS.
- Instituto Nacional del Consumidor. (1982). *Estudio sobre bebidas alcohólicas*. México: Cuaderno 13.
- Instituto Nacional del Consumidor. (1974). *Guía del Consumidor*, n. 24.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (1986). *Anuario estadístico de los Estados Unidos Mexicanos*. México: INEGI.
- ISACE. (1984). *Alcool, Societa' e Stato*. Torino: Edizioni Gruppo Abele.
- Jaco, E. G. (1982). *Pacientes, médicos y enfermedades*. México: IMSS.
- Jaffe, J. H. (1980). What alcoholism isn't borrowing. En: Edwards, G.; Grant, M. (eds.). *Alcoholism treatment in transition*. London: Croom Helm. p. 138-153.
- Jellinek, E. M. (1960). *The disease concept of alcoholism*. New Haven: Hillhouse Press.
- Jellinek, E. M. (1977) [1965]. The symbolism of drinking; a culture-historical approach. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, v. 38, n. 5, p. 852-866. doi: 10.15288/jsa.1977.38.852
- Jones, E. R. (1979). Mentally illness physicians. *Sciences*, v. 19, n. 1, p. 19-21.
- Kane, G.P. (1980). Tratamiento hospitalario del alcohólico. *Mundo Médico*, p. 7-13.
- Kaplan, A. (ed.). (1982). *Legislative approaches to prevention of alcohol-related problems*. Washington DC: National Academy Press.
- Kay, P.; Metzger, D. (1973). On ethnographic method. En: Siverts, H. (ed.). *Drinking patterns in Highland Chiapas*. Norway: Norwegian Research Council. p. 17-36.
- Kearney, M. (1970). Drunkenness and religious conversion in a Mexico village. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, v. 31, n. 1, p. 132-152.
- Kearney, M. (1971). *Los vientos de Ixtepeji*. México: Instituto Indigenista Interamericano.
- Keller, M. (1967). Discurso en homenaje a la memoria del profesor E. M. Jellinek. En: Mardones, J.; Varela, A. (eds.). *Simposio Internacional sobre Alcohol y Alcoholismo*. Santiago de Chile: Universidad de Chile. p. 10-16.
- Kennedy, O. (1963). Tesguino complex: the role of beer in Tarahumara culture. *American Anthropologist*, v. 65, n. 3, p. 620-640. doi: 10.1525/aa.1963.65.3.02a00080
- Kershenobich, D. (1983). Efectos del Alcoholismo en el aparato digestivo. En: Molina, P.V.; Berruecos, V. L. A.; Sánchez, M. L. (eds.). *El alcoholismo en México: Aspectos sociales, culturales y económicos*. Volumen 2. México: Fundación de Investigaciones Sociales. p. 143-146.
- Kissin, N.; Begleiter, H. (eds.). (1976). *Social aspects of alcoholism*. New York: Plenum Press.
- Köhler, U. (1975). *Cambio cultural dirigido en los altos de Chiapas*. México: Instituto Nacional Indigenista y Secretaría de Educación Pública.
- Kumate, J. (1977). *La salud de los mexicanos y la medicina en México*. México: El Colegio Nacional.
- La Madrid, M. (1983). *México para jóvenes*. México: Secretaría de Educación Pública.

- Labrie, G.; Tremblay, M. (1977). Études psychologiques et socio-culturelles de l'alcoolisme: inventaire des travaux disponibles au Québec depuis 1960. *Toxicomanies*, v. 10, n. 2, p. 85-135.
- Latorre, F.; Latorre, L. (1976). *The Mexican Kickapoo Indians*. Austin: University of Texas Press.
- Laughlin, R. M. (1962). El símbolo de la flor en la región de Zinacantan. *Estudios de Cultura Maya*, v. 2, p. 123-139.
- Leal Guerrero, R.; López López, S. A.; Pedrotta Lopetegui, O.; Yofre Pizarro, R. (1985) Mortalidad diferencial en el Distrito Federal, 1978. *Salud Pública de México*, v. 27, n. 4, p. 308-321.
- Leal, J. F.; Huacuja, M.; Bellingeri, M. (1978). La compañía expendedora de pulque y la monopolización del mercado urbano: 1909-1914. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, v. 24, n. 19, p. 177-242.
- Lemert, E. M. (1954). *Alcohol and the Northwest Coast Indians*. California: University of California Press.
- Lemert, E. M. (1956). Alcoholism: theory, problems and challenge: III: Alcoholism and sociocultural situation. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, v. 17, n. 2, p. 306-317.
- Lemert, E. M. (1967). *Human deviance, social problems and social control*. New Jersey, Prentice Hall.
- Levine, H. G. (1981). Manifiesto for a new alcohol social science. *Drinking and Drug Practices Surveyor*, n. 17, p. 20-29.
- Levinson, D. (1983). Alcohol use and aggression in American subcultures. En: Room, R.; Collins, G. (eds.). *Alcohol and Disinhibition: Nature and Meaning of the Link*. Washington DC: Superintendent of Documents, Government Printing Office. p. 306-321.
- Levy, J. E.; Kunitz, S. J. (1974). *Indian Drinking: Navajo Practices and Anglo-American Theories*. New York: Willey Interscience.
- Lewis, O. (1966). *Los hijos de Sánchez: Autobiografía de una familia mexicana*. México: Joaquín Mortiz.
- Lewis, O. (1982). *Una muerte en la familia Sánchez*. México: Grijalbo.
- Linton, R. (1945a). *Cultura y personalidad*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Linton, R. (1945b). Los tanala de Madagascar. En: Kardiner, A. *El individuo y su sociedad: La psicodinámica de la organización social primitiva*. México: Fondo de Cultura Económica. p. 245-280.
- Litman, G. K.; Topham, A. (1983). Outcome studies on techniques in alcoholism treatment. En: Galanter, M. (ed.). *Recent developments in alcoholism*. New York: Plenum. p. 167-194.
- Lope Blanch, J. (1963). *Vocabulario mexicano relativo a la muerte*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- López Claro, C. A. (1987). Mortalidad por cirrosis hepática, producción y precio del vino en Chile, 1950-1982. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 102, n. 4, p. 346-358.

- López Elizondo, C. (1967). La asistencia psiquiátrica en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Pública de México*, v. 9, n. 4, p. 597-600.
- López, S. (1984). Percepción y actitudes hacia el consumo de sustancias a través del método de informantes. *Salud Mental*, v. 7, n. 2, p. 69-79.
- Loyola Montemayor, E. (1956). *La industria del pulque: cultivo y explotación del maguey, elaboración, transporte y comercio del pulque, aspectos fiscales, diversificación industrial, reseña histórica, estadísticas, patentes, reglamentación federal, bibliografía*. México: Banco de México, Departamento de Investigaciones Industriales.
- Lurie, N. (1972). Indian drinking patterns. *American Journal of Orthopsychiatry*, v. 42, p. 554.
- Lurie, N. O. (1971). The World's Oldest On-Going Protest Demonstration: North American Indian Drinking Patterns. *Pacific Historical Review*, v. 40, n. 3, p. 311-332. doi: 10.2307/3638360
- MacAndrew, C.; Edgerton, R. B. (1969). *Drunken comportment: A social explanation*. Chicago: Aldine Publishing Company. doi: [10.1177/136346157200900103](https://doi.org/10.1177/136346157200900103)
- Maccoby, M. (1965). El alcoholismo en una comunidad campesina. *Revista de Psicoanálisis, Psiquiatría y Psicología*, v. 1, p. 35.
- Madrigal, E. (1988). Prevención de los problemas del alcoholismo. *Boletín Organización Panamericana de la Salud*, v. 105, n. 3, p. 318.
- Madsen, W. (1974) *The American alcoholic: The nature-nurture controversy in alcoholic research and therapy*. Springfield: Charles C. Thomas.
- Madsen, W. (1976). Body, mind and booze. En: Everett, M. W.; Waddel, J. O.; Heath, D. B. (eds.). *Cross-Cultural Approaches to the Study of Alcohol: An Interdisciplinary Perspective*. Paris: Mouton, The Hague.
- Madsen, W. (1984). Comment on Room's Alcohol and Ethnography: A Case of Problem Deflation? *Current Anthropology*, v. 25, n. 2, p. 183.
- Madsen, W.; Madsen, C. (1969). The cultural structure of Mexican drinking behavior. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, v. 30, n. 701-718.
- Mandelbaum, D. (1965). Alcohol and culture. *Current Anthropology*, v. 6, p. 281-293.
- Mangin, W. (1957). Drinking among Andean Indians. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, v. 18, p. 55-66.
- Manzano Pérez, J. (1974). Epidemiología y prevención de la cirrosis hepática. *Salud Pública de México*, v. 16, n. 4, p. 601-605.
- Mardones Restat, J. (1956) El consumo de alcohol como causa de problemas de salud pública. *Boletín Organización Panamericana de la Salud*, v. 40, n. 4, p. 300-311.
- Mardones, J.; Varela, A. (1967). *Simposio internacional sobre alcohol y alcoholismo*. Santiago de Chile: Universidad de Chile.
- Mariátegui, J. (1974). Investigación epidemiológica del alcoholismo en América Latina. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, v. 20, n.2, p. 86-98.
- Marlatt, G. A. (1983). The controlled-drinking controversy: A Commentary. *American Psychologist*, v. 38, n. 10, p. 1097-1100.

- Marlowe, H.; Weimberg, R. (eds.). (1983). *Primary prevention: Fact or fallacy*. Tampa: Florida Mental Health Institute, University of South Florida.
- Marshall, M. (1983). Four Hundred Rabbits: An Anthropological view of ethanol as a disinhibitor. En: Room, R. & Collins, G. *Alcohol and disinhibition: Nature and meaning of the link*. Rockville, MD: U. S. Department of Health and Human Services. Research Monograph, n. 12, p. 186-204.
- Marshall, M. (1984). Comment on Romm's Alcohol and Ethnography: A case of Problem Deflation? *Current Anthropology*, v. 25, n. 2, p. 183.
- Martínez Cid, E. (1977). Opiniones de especialistas acerca de las causas, sintomatología y métodos terapéuticos. *Salud Mental*, v. 1, n. 1, p. 24.
- Martínez Cid, E. (1979). *El alcoholismo en una comunidad indígena, Morelia: Sexta Reunión Nacional de la Asociación Psiquiátrica Mexicana*. México: Morelia, Michoacán.
- McAndrew, C.; Edgerton, R. (1969). *Drunken comportment: a social explanation*. Chicago: Aldine Press.
- McKeown, T. (1976). *The modern rise of population*. New York: Academic Press.
- McKeown, T.; Record, R. G. (1962). Reasons for the decline of mortality in England and Wales during the nineteenth century. *Population Studies*, v. 16, n. 2, p. 94-122.
- McKinlay, J. (1982) [1974]. En favor de un nuevo enfoque hacia arriba: la economía política de la enfermedad. En: Jaco, E. G. (ed.). *Pacientes, médicos y sociedad*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social.
- McLeland, D. et al (1972). *The drinking man*. New York: Free Press.
- Mead, G. H. (1953). *Espíritu, persona y sociedad*. Buenos Aires: Paidós.
- Mechanic, D. (1976). The growth of bureaucratic medicine: an inquiry into the dynamics of patient behavior and the organization of medical care. New York: John Wiley & Sons.
- Medina Mora, M. E. (1984). *Factores sociales relacionados con el consumo de alcohol en México y en Estados Unidos*. En: *Memorias de la II Reunión de Investigación y Enseñanza*. México D. F., Instituto Mexicano de Psiquiatría. p. 181-193.
- Medina Mora, M. E.; De la Parra, C. A., Terroba, G. G. (1982) [1978]. Extensión del consumo de alcohol en la población de La Paz, B.C. (encuesta de hogares). *Cuadernos científicos CEMESAM*, v. 12, p. 193-204.
- Medina Mora, M. E.; De la Parra, C. A.; Terroba, G. G. (1980). El consumo del alcohol en la población del Distrito Federal. *Salud Pública de México*, v. 22, n. 3, p. 281-288.
- Medina Mora, M. E.; Tapia, C. R.; Rascón, M. L.; Solache, G.; Otero, B. R.; Lazcano Ramírez, F.; Mariño, M. C. (1989). Situación epidemiológica del abuso de drogas en México. *Boletín Organización Panamericana de la Salud*, v. 107, n. 6, p. 475-484.
- Mejido, M. (1984) [1973]. *México amargo*. México: Siglo XXI.
- Mendieta y Núñez, L. (1939). Ensayo sobre el alcoholismo entre las razas indígenas de México. *Revista Mexicana de Sociología*, v. 1, n. 3, p. 77-93.

- Menéndez, E. L. (1970). Ideología, ciencia y práctica profesional. En: Cortés, R. (Selección) *Ciencias sociales: ideología y realidad nacional*. Buenos Aires: Editorial Tiempo Contemporáneo. p. 101-124.
- Menéndez, E. L. (1979). *Cura y control: la apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica*. México: Editorial Nueva Imagen.
- Menéndez, E. L. (1981). *Poder, estratificación y salud: Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. México: Ediciones de la Casa Chata.
- Menéndez, E. L. (1982a). Automedicación, reproducción social y terapéutica y medios de comunicación masiva. En: Menéndez, E. L. (ed.). *Medios de comunicación masiva, reproducción familiar y formas de medicina popular*. México: Cuadernos de la Casa Chata, n. 57.
- Menéndez, E. L. (1982b). El proceso de alcoholización: Revisión crítica de la producción socioantropológica, histórica y biomédica en América Latina. *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud*, v. 8, n. 22, p. 61-94.
- Menéndez, E. L. (1983). *Hacia una práctica médica alternativa: Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. México: Cuadernos de la Casa Chata, n. 86.
- Menéndez, E. L. (1985). Saber “médico” y saber “popular”: el modelo médico hegemónico y su función ideológica en el proceso de alcoholización. *Estudios Sociológicos*, v. 3, n. 8, p. 263-296.
- Menéndez, E. L. (1987). *Alcoholismo II. La alcoholización, un proceso olvidado... Patología, integración funcional o representación cultural*. México: Cuadernos de la Casa Chata, n. 150.
- Menéndez, E. L. (1988). Alcoholismo, grupos étnicos mexicanos y los padecimientos denominados “tradicionales”. *Nueva Antropología*, v. 10, n. 34, p. 55-80.
- Menéndez, E. L. (1990). *Antropología Médica: Orientaciones, desigualdades y transacciones*. México: Cuadernos de la Casa Chata, n. 179.
- Menéndez, E. L. (1990). *Morir de alcohol: Saber y hegemonía médica*. México: Alianza Editorial Mexicana.
- Menéndez, E. L. (1998). Estilos de vida, riesgos y construcción social: Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios Sociológicos*, v. 16, n. 46, p. 37-67.
- Menéndez, E. L. (2002). *La parte negada de la cultura: Relativismo, diferencias y racismo*. Barcelona: Bellaterra.
- Menéndez, E. L. (ed.). (1982). *Medios de comunicación masiva, reproducción familiar y formas de medicina popular*. México: Cuadernos de la Casa Chata, n. 57.
- Menéndez, E. L. (ed.). (1988). *Aportes metodológicos y bibliográficos para la investigación del proceso de alcoholización en América Latina*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- Menéndez, E. L. (ed.). (1991). *Antropología del alcoholismo en México: los límites culturales de la economía política (1930-1979)*. México: Ediciones de la Casa Chata, n. 36.
- Menéndez, E. L.; Di Pardo, R. B. (1982) [1981a]. *Alcoholismo I: Características y funciones del proceso de alcoholización: Alienación, enfermedad o cuestionamiento*. México: Cuadernos de la Casa Chata, n. 56.

- Merril, W. (1979) [1978]. Thinking and drinking: a Raramuri interpretation. En: Ford, R. (ed.). *The nature and status of Ethnobotany*. Ann Arbor: University of Michigan, Museum of Anthropology, Anthropological Papers N° 67, p. 101-117.
- Merton, R. K. (2002). *Teoría y estructura sociales*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Metrópolis (1980-1989). Colección Completa. México.
- Metzger, D. G. (1964). *Interpretations of drinking performance in Aguacatenango*. [PhD dissertation (anthropology)]. Chicago: University of Chicago.
- Micher, M. (circa 1980). *Diagnóstico de salud en una colonia popular*. México.
- Míguez, H. (1980). *Consideraciones acerca de la Ingestión de Alcohol en Costa Rica, San José*, Costa Rica: Instituto Nacional sobre Alcoholismo.
- Milgram, S. (1974). *Obedience to authority: An experimental view*. New York: Harper & Row.
- Mogul, M. K. (1985). *Doctor's dilemmas; complexities in the causes of physicians' mental disorders and some treatment implications*. Swayze & Scher, p. 133.
- Mogul, K. M. (1985). Doctors' dilemmas: Complexities in the causes of physicians' mental disorders and some treatment implications". In: Swazey, J. P.; Scher, S. R. (edits.). *Social controls and the medical profession*. Boston: Gunn & Hain. p. 133-155.
- Molina Piñero, V.; Sánchez Medal, L. (comps.). (1982). *El alcoholismo en México*, t. 1. México: Fundación de Investigaciones Sociales.
- Molina Piñero, V.; Celis, C. R.; Berruecos, L.; Sánchez Medal, L. (1983). *El alcoholismo en México: Memorias del seminario de análisis*. México: Fundación de Investigaciones Sociales.
- Molina, P.V.; Berruecos, V. L. A.; Sánchez, M. L. (eds.). *El alcoholismo en México: Aspectos sociales, culturales y económicos*. Volumen 2. México: Fundación de Investigaciones Sociales.
- Morandini, G.; Andreoli, V.; Prefazione, A.; Ghidini, O.; Maffei, F.; Biti, R.; Residori, P. (1979). *Alcoholismo: clínica e terapia*. Milano: Masson.
- Morgan, A. J.; Jorm, A. F. (2008). Self-help interventions for depressive disorders and depressive symptoms: a systematic review. *Annals of General Psychiatry*, v. 7, n. 13. doi: <https://doi.org/10.1186/1744-859X-7-13>.
- Morrow, C. (1983). Sick Doctors: the social construction of professional deviance. *Social Problems*, v. 30, n. 1, p. 92-108.
- Morrow, C. (1985). The medicalization of professional self-governance: A sociological assessment. En: Swazey, J.; Scher, S. (eds.). *Social control and the medical profession*. Boston: Oelgeschlager, Gunn, & Hain. p. 163-183.
- Moser, J. (1974). *Problems and programs related to alcohol and drug dependence in 33 countries*. Geneve: World Health Organization.
- Moser, J. (1979). *Problemas relacionados con el alcohol y estrategias preventivas*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Mottez, B. (1976). Le médecin, le comptable et l'alcoolique. *Sociologie du Travail*, v. 18, n. 4, p. 381-393.

- Muchembled, R. (2010). Una historia de la violencia: Del final de la Edad Media a la actualidad. Madrid: Paidós Contextos.
- Múzquiz, A. (1980). *El alcoholismo como problema de salud pública*. México: Punto de vista Psiquiátrico.
- Nacional Financiera (1965/1986) La economía mexicana en cifras. México. (1972, 1981, 1985, 1986)
- Nash, J. (1973). The betrothal: A study of ideology and behavior in a Maya Indian community. En: Siverts, H. (ed.). *Drinking patterns in Highland Chiapas: A teamwork approach to the study of semantics through ethnography*. Noruega: Universitetsforlaget.
- Nash, J. (1975). *Bajo la mirada de los antepasados: creencias y comportamientos en una comunidad Maya*. México: Instituto Indigenista Interamericano, Sección de Investigaciones Antropológicas, (ediciones especiales, 71).
- Natera, G. (1975). *Estudio epidemiológico sobre consumo de fármacos en la ciudad de Monterrey: (Encuesta de hogares)*. México: CEMEF, Reporte interno.
- Natera, G. (1981). Hábitos de consumo de alcohol en una comunidad semirural. *Revista de Enseñanza e Investigación en Psicología*, v. 7, n. 1, p. 91.
- Natera, G. (1987). El consumo de alcohol en zonas rurales de México. *Salud Mental*, v. 10, n. 4, p. 59-66.
- Natera, G.; Orozco, C. (1981). Opiniones sobre el consumo de alcohol en una comunidad semirural. *Salud Pública de México*, v. 23, n. 5, p. 473-482.
- Natera, G.; Torroba, G. (1982). Prevalencia del consumo de alcohol y variables demográficas asociadas de la ciudad de Monterrey, N. L. *Salud Mental*, v. 5, n. 1, p. 82-86.
- Nathan, P.; Harris, S.; Sandra, L. (1989) [1983]. *Psicopatología y sociedad*. México D. F.: Trillas.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). (1972). *Alcohol & alcoholism: problems & programs*. Rockville, Maryland: NIAAA.
- Negrete, J. C. (1973). Factores socioculturales en el alcoholismo. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, n. 19, p. 220-229.
- Negrete, J. C. (1982). Discussant. En: Kaplan, A. (ed.). (1982). *Legislative approaches to prevention of alcohol related problems*. Washington DC: National Academy Press. p. 167-173.
- Negrete, J. C. (1984). Comments on R. Room. *Current Anthropology*, v. 25, n. 2, p. 184.
- Nutt, D.; King, D. L.; Phillips, L. (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *The Lancet*, v. 376, n. 9752, p. 1558-1565. doi: 10.1016/S0140-6736(10)61462-6.
- Olivares, C. (1975). Accidentes de trabajo. *Reseña Laboral*, v. 3, n. 8, p. 76.
- Ordoñez, B. R.; Álvarez, R. (1973). Las causas de mortalidad y el médico familiar. *Boletín Médico del IMSS*, v. 15, p. 56.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (1949). *Condiciones de vida y trabajo de las poblaciones indígenas de América Latina*. Ginebra: OIT.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1955). *Alcohol y alcoholismo*. Ginebra: OMS. Informe Técnico 94.

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1979). Problemas relacionados con el alcohol: intensificación del programa de la OMS. *Crónica de la OMS*, v. 33, p. 413.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1980). *Problemas relacionados con el consumo de alcohol*. Ginebra: OMS. Informe Técnico 650.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1983). Políticas de lucha contra el alcoholismo: reconsideración de un problema de salud pública. *Crónica de la OMS*, v. 37, n. 5, p. 204.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). Informe mundial de situación sobre alcohol y salud. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). Informe mundial de situación sobre alcohol y salud. Ginebra: OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1977). Centro de documentación sobre alcoholismo y abuso de alcohol. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 83, n. 4, p. 361.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1986). Primera reunión del Grupo Asesor del Programa Regional de Salud Mental. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 101, n. 6, p. 684.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (1967). Reunión de un grupo de estudio sobre la investigación epidemiológica del alcoholismo en América Latina. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, v. 62, n. 1, 81-86.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2015). Informe de situación regional sobre el alcohol y la salud en las Américas. Washington DC: OPS.
- Ortiz Quezada, F. (ed.). (1982). *Vida y muerte del mexicano*. México: Folios Ediciones.
- Osuna, A. (1929). *El alcoholismo: Manual de enseñanza antialcohólica para uso de profesores de primaria y estudiantes de escuelas secundarias*. México: Sociedad de Edición y Librería Franco-Americana.
- Pan American Health Organization. (2018). Alcohol Policy Scoring: Assessing the level of implementation of the WHO Global strategy to reduce the harmful use of alcohol in the Region of the Americas. Washington DC: Pan American Health Organization.
- Panizza, R.; Mendoza, M. (1983). Un modelo de intervención comunitaria en la educación del alcoholismo. En: Molina, P.V.; Berruecos, V. L. A.; Sánchez, M. L. (eds.). *El alcoholismo en México: Aspectos sociales, culturales y económicos*. Volumen 2. México: Fundación de Investigaciones Sociales. p. 97-103.
- Partanen, J. (1983). Commentary on a Lang: drinking and disinhibition: Contributions from psychological research. En: Room, R.; Collins, G. (eds.). *Alcohol and Disinhibition: Nature and Meaning of the Link*. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services; Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration; National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Patiño, J. L. (1980). *Psiquiatría clínica*. México: Salvat.
- Patterson, E. (1977). *Ethnic chauvinism: the reactionary impulse*. New York: Stein & Day.
- Paz, O. (1959). *El laberinto de la soledad*. México: Fondo de Cultura Económica.

- Pennington, C. (1969). *Tepehuan of Chihuahua: Their material culture*. Salt Lake City: University of Utha Press.
- Perez Tamayo, R. (1982). Patología del alcoholismo. En: Molina Piñeiro, V.; Sánchez Meddal, L. (comps.). *El alcoholismo en México, t. 1*. México: Fundación de Investigaciones Sociales.
- Pittman, D. (ed.). (1968). *Alcoholismo: Un enfoque interdisciplinario*. Buenos Aires: Ediciones Hormé.
- Pittman, D. J.; Snyder, C. R. (eds.). (1962). *Society, culture and drinking patterns*. New York: Wiley & Sons.
- Population Reference Bureau. (1987). *World population data sheet*. Washington DC: PRB.
- Postel, J.; Quetel, C. (comps.) (1987). Historia de la psiquiatría. México: Fondo de Cultura Económica.
- Pozas, R. (1968) [1952]. *Juan Pérez Jolote: biografía de un Tzotzil*. México DF: Fondo de Cultura Económica.
- Pozas, R. (1977) [1959]. *Chamula, un pueblo indio de los Altos de Chiapas*. México: Memorias del Instituto Nacional Indigenista, vol. 8.
- Prout, C. (1985). The effects of impairments on physician competence. En: Swazey, J. P.; Scher, S. R. (eds.). *Social controls and the medical profession*. Boston: Oelgeschlager, Gunn and Hain. p. 157-162.
- Pucheu, C. (1982). Panorama actual de la psiquiatría y la salud mental en México. En: Ortiz Quezada, F. (ed.). *Vida y muerte del mexicano*. México: Folio Ediciones. p. 143-188.
- Puente, F.; Tenorio R. (1982). Centro de Ayuda al Alcohólico y a su Familia: Aspectos sociodemográficos y perfiles de la población consultante. *Salud Mental*, v. 5, n. 2, p. 60-65.
- Puffer, R.; Griffith, G. (1968). *Características de la mortalidad urbana: informe de la investigación interamericana de mortalidad*. Washington: OPS, Publicación Científica N° 151.
- Quintar, A. (1983). La agroindustria de bebidas alcohólicas: evolución y estructura en México. En: Molina, P.V.; Berruecos, V. L. A.; Sánchez, M. L. (eds.). *El alcoholismo en México: Aspectos sociales, culturales y económicos*. Volumen 2. México: Fundación de Investigaciones Sociales.
- Ramos Galván, R. (1944). El problema de la nutrición en México. *Salubridad y Asistencia*, v. 1, n. 5, p. 11.
- Rico Díaz, H. (1983). Un modelo de atención para el enfermo alcohólico en servicios institucionales de salud mental. En: Molina, P.V.; Berruecos, V. L. A.; Sánchez, M. L. (eds.). *El alcoholismo en México: Aspectos sociales, culturales y económicos*. Volumen 2. México: Fundación de Investigaciones Sociales.
- Robinson, D. (1981). Alcohólicos Anónimos: orígenes y difusión internacional de un grupo de autoayuda. En: Edwards, G.; Arif, A. (coords.). *Los problemas de la droga en el contexto sociocultural: una base para la formulación de políticas y la planificación de programas*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. p. 187-194.

- Roman, P. (1981). From employee alcoholism to employee assistance: Deemphases on prevention and alcohol problems in work-based programs. *Journal of Studies on Alcohol*, v. 42, n. 3, p. 244-273. doi: 10.15288/jsa.1981.42.244
- Romani, O.; Comelles, J. M. (1990). Les contradictions liées à l'usage des psycho- tropes dans les sociétés contemporaines : automédication et dépendance. *Psychotropos*, v. 6, n. 3, p. 39-58.
- Romanucci Ross, L. (1973). *Conflict, Violence and Mortality in a Mexican Village*. Palo Alto: National Press.
- Room, R. (1984). Alcohol and Ethnography: A Case Problems Deflation. *Current Anthropology*, v. 25, n. 2, p. 169-178.
- Room, R.; Collins, G. (comp.). (1983). *Alcohol and Disinhibition: Nature and Meaning of the Link*. Rockville: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Room, R.; Jernigan, D. (2013). *El alcohol y los países en desarrollo: Una perspectiva de salud pública*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Rozitchner, L. (1996) [1966]. La izquierda sin sujeto. En: *Las desventuras del sujeto político (ensayos y errores)*. Buenos Aires: Ediciones El cielo por Asalto.
- Ruggero, P. (1980). Tratamiento del alcohólico crónico. En: *Alcohol, Alcoholismo*. Buenos Aires: Secretaría de Salud Pública. p. 49-56.
- Ruiz Velazco, A. (1937). *Historia y evoluciones del cultivo de la caña y de la industria azucarera en México, hasta el año de 1910*. México: Editorial Cultura.
- Sahagún, B. (1956) [1577]. *Historia general de las cosas de la Nueva España*. México: Editorial Porrúa, t. 1.
- Schaefer, J. M. (1976). Drunkenness and culture stress: a holocultural test. En: Everett, M. W.; Waddell, J. O.; Heath, D. B. (eds). *Cross-Cultural Approaches to the Study of Alcohol: An Interdisciplinary Perspective*. Mouton: The Hague. p. 287-322.
- Secretaría de Programación y Presupuesto. (1981). *Escenarios económicos de México*. México: SPP.
- Secretaría de Programación y Presupuesto. (1984). *Manual de estadísticas básicas*. México: Sector Salud, SPP.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA). (1960). *Investigación nacional de enfermedades neurológicas y psiquiátricas*. México: Dirección General de Bioestadística.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA). (1963). *Código sanitario*. México: SSA.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA). (1963/1978). *Estadísticas vitales*. México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia. (SSA) (1964a). Dirección General de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación. *Salud Pública de México*, v. 6, n. 1, p. 139-143.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia. (SSA) (1964b). Dirección General de Neurología, Salud Mental y Rehabilitación. *Salud Pública de México*, v. 6, n. 6, p. 1183-1194.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA). (1965). Dirección de Salud Mental y Rehabilitación. *Salud Pública de México*, v. 7, n. 6, p. 959-966.

- Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA). (1966). Rehabilitación de los incapacitados. *Salud Pública de México*, v. 8, n. 5, p. 777-792.
- Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA). (1974). *Memoria de la I Convención Nacional de Salubridad*. México: Secretaría de Salubridad y Asistencia.
- Secretaría de Salud, Dirección de Rehabilitación. (1959). Orientación del problema del alcoholismo en nuestro medio. *Salud Pública de México*, v. 1, n. 1, p. 158-163.
- Secretaría de Salud. (1982). *Hacia un sistema nacional de salud*. México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud. (1984). *Programa Nacional de Salud, 1984-1988*. México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud. (1986). Programa contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas. México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud. (1987). *Anuario Estadístico, 1982*. México: Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud. (1987-1988). *Encuestas nacionales de salud*. México: Secretaría de Salud.
- Sedeño, L.; Becerril, M. E. (1985). *Dos culturas y una infancia*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Sepúlveda, B. (1969). Cirrosis del hígado. *Anuario de Actualización en Medicina del IMSS*, n. 3, p. 83.
- Sepúlveda, B.; Landa, L.; Rojas, E. (1952). La etiología de la cirrosis del hígado tipo Laennec. *Revista Investigación Clínica*, v. 4, p. 321-339.
- Sepúlveda, B.; Rojas, E.; Lanida, L. (1956). Los factores etiológicos de la cirrosis del hígado. *Revista Investigación Clínica*, v. 8, n. 89, p. 189-202.
- Silva, M. (1972). Alcoholismo y accidentes de tránsito. *Salud Pública de México*, v. 14, n. 6, p. 809-828.
- Singer, M. (1986). Towards a political-economy of alcoholism: The missing link in the anthropology of drinking. *Social Science & Medicine*, v. 23, n. 2, p. 113-130.
- Siverts, H. (1973). Oxchuc Ceremonial Drinking: A Preliminary Survey of Responses to 120 Query Frames. En: Siverts, H., (ed.). *Drinking patterns in Highland Chiapas: A teamwork approach to the study of semantics through ethnography*. Bergen: The Norwegian Research Council for Science and the Humanities. p. 147-175.
- Siverts, H. (ed.). (1973). *Drinking patterns in Highland Chiapas: A teamwork approach to the study of semantics through ethnography*. Bergen, Oslo: Vunversitetsfort Agæt.
- Skinner, H. A.; Holt, S.; Israel, Y. (1981). Early identification of alcohol abuse: 2 clinical and laboratory indicators. *Canadian Medical Association Journal*, v. 124, p. 1279-1295.
- Smith, J. A. (1968). Investigaciones psiquiátricas de la etiología del alcoholismo. En: Pittman, D. (ed.). *Alcoholismo: Un enfoque interdisciplinario*. Buenos Aires: Ediciones Hormé. p. 19-33.
- Snyder, C. R. (1958). *Alcohol and the Jews: A Cultural Study of Drinking and Sobriety*. New Haven: Yale Center of Alcohol Studies.

- Snyder, C.; Pittman, D. (1979) [1968]. Alcoholismo y consumo de bebidas alcohólicas: Aspectos sociales. En: Sills, D. L. (ed.). *Enciclopedia Internacional de Ciencias Sociales*. Bilbao: Editorial Aguilar, tomo 1, p. 171.
- Soberón, G. (1987). El cambio estructural en salud. *Salud Pública de México*, v. 29, n. 2, p. 123-126.
- Soberón, G; Kumate, J.; Laguna, J.; et al. (comps.). (1988). *La salud en México: Testimonios*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Strong, P. M. (1979). *The Ceremonial Order of the Clinic*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Strong, P. M. (1979a). Sociological imperialism and the profession of medicine. A critical examination of the thesis of medical imperialism. *Social Science & Medicine*, v. 13, n. 2, p. 199-215.
- Strong, P. M. (1979b). Materialism and medical interaction: A critique of “medicine, superstructure and micropolitics”. *Social Science & Medicine*, v. 13, n. 613-619. doi: 10.1016/0271-7123(79)90105-6
- Stross, B. (1967). The Mexican cantina as a setting for interaction. *The Kroeber Anthropological Society Papers*, v. 37, p. 58-89.
- Swazey, J.; Scher, S. (eds.). (1985). *Social Controls and the Medical Profession*. Boston, Oelgeschlages: Gunn & Hain Public.
- Szasz, T. (1979a). La ética de la adicción. En: Szasz, T.; et al. (eds). *Psicología del drogadicto*. Buenos Aires: Rodolfo Alonso. p. 89-111.
- Szasz, T. (1979b). La función del mecanismo contra alcohólico en la adicción. En: Szasz, T.; et al. (eds). *Psicología del drogadicto*. Buenos Aires: Rodolfo Alonso.
- Szasz, T.; Savitty, R.; et al. (1979). *Psicología del drogadicto*. Buenos Aires: Rodolfo Alonso.
- Taylor, B.; Rehm, J.; Caldera Aburto, J. T.; Bejarano, J.; Cayetano, C.; Kerr-Correa, F.; Piazza Ferrand, M.; Gmel, G.; Graham, K.; Greenfield, T. K.; Laranjeira, R.; Lima, M. C.; Magri, R.; Monteiro, M. G.; Medina Mora, M. E.; Munné, M.; Romero, M. P.; Tucci, A.; Wilsnack, S. (2007). Alcohol, género, cultura y daños en las Américas: Reporte final del estudio multicéntrico. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Taylor, I.; Walton, P.; Young J. (comps.). (1977). *Criminología crítica*. México: Siglo XXI Editores.
- Taylor, W. (1979). *Drinking, homicide and rebellion in Colonial Mexican Villages*. California: Stanford University Press.
- Terroba, G.; et al (1978). *Estudio epidemiológico sobre el consumo de fármacos en la ciudad de Mexicali, Baja California Norte*. México: Reportes especiales CEMESAM.
- Testut, L.; Latarjet, A. (1975). *Tratado de anatomía humana*. Buenos Aires: Salvat Editores.
- Thomas, A. (1978). Class and sociability among urban workers: A study of the bar as social club. *Medical Anthropology*, v. 2, n. 4, p. 9-30. doi: 10.1080/01459740.1978.9986960
- Thomas, N. D. (1974). *Envidia, brujería y organización ceremonial: un pueblo zoque*. México: SEP-Setentas.
- Thompson, E. P. (1981). *Miseria de la teoría*. Barcelona: Crítica.

- Time. (1987). Out in the open: changing attitude and new research give fresh hope to alcoholics. *Time*, November 30, p. 80-90.
- Topper, M. J.; Waddell, J. O. (1981). Cultural factors in alcohol research and treatment of drinking problems: conclusions" *Journal of Studies on Alcohol*, Supp. 9, p. 247-256. doi: 10.15288/jsas.1981.s9.247.
- Trice, H. (1967). El alcoholismo y su supervisión: un problema general de administración. Mardones, J.; Varela, A. (eds.). *Simposio Internacional sobre Alcohol y Alcoholismo*. Santiago de Chile: Universidad de Chile. p. 294-301.
- Tropé, H. (1994). *Locura y sociedad en la Valencia de los Siglos XV al XVII*. Valencia: Diputació de Valencia.
- Trotsky, L. (1974). *El nuevo curso: Problemas de la vida cotidiana*. Buenos Aires: Cuadernos de Pasado y Presente.
- Trotter II, R. T.; Chavira, J. A. (1979). *Curanderismo: Mexican American Folk Healing*. Athens: Georgia University.
- Turull, F. (1982). Aspectos socioculturales de la demanda de atención en un servicio de alcoholismo de la Ciudad de México: El Centro de Ayuda al alcohólico y a sus Familiares. *Salud Mental*, v. 5, n. 2, p. 66-73.
- Turull, F. (1984) [1982]. El tratamiento de las incapacidades relacionadas con el consumo de alcohol: características de la demanda y uso de servicios. *Salud Mental*, v. 7, n. 1, p. 82-94.
- Unión Nacional de Productores de Azúcar. (1983-1985). *México: Estadísticas azucareras*. México: UNPA.
- Universidad Nacional Autónoma de México. (1981). *Programa de Psicología Médica y Psiquiatría*. México: UNAM.
- Universidad Nacional Autónoma de México. (1986). *Aspectos sociomédicos y clínico-terapéuticos del alcoholismo*. México, UNAM.
- Vaillant, G. (1983). *The natural history of alcoholism*. Harvard: University Press.
- Vanna, M.; Corsieri, O. (1986). Evoluzione storica del concetto di alcoholismo nella cultura medica. *Antropología Médica*, v. 2, p. 37.
- Velasco Fernández, M. (1977). Definiciones, causas y alcance del problema del alcoholismo. En: Guerra-Guerra, A. J. (comp.). *El alcoholismo en México*. México: Fondo de Cultura Económica. p. 30.
- Velasco Fernández, M. (1974). El futuro de la psiquiatría institucional en México. *Salud Pública de México*, v. 16, n. 5, p. 795-802.
- Velasco Fernández, M. (1981). *Esa enfermedad llamada alcoholismo*. México: Trillas.
- Velasco Fernández, M. (1983). Los factores sociales del alcoholismo desde el punto de vista de la psiquiatría. En: Molina, P.V.; Berruecos, V. L. A.; Sánchez, M. L. (eds.). *El alcoholismo en México: Aspectos sociales, culturales y económicos*. Volumen 2. México: Fundación de Investigaciones Sociales.
- Velasco Fernández, M. (coord.). (1976). Alcoholismo. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, v. 19, n. 1, p. 169.

- Velazco Suárez, M. (1959). El alcoholismo como problema social. *Salud Pública de México*, v. 1, n. 2, p. 169-172.
- Vidal, G. (1967). Estado actual de la epidemiología del alcoholismo y problemas del alcohol en algunos países de América Latina: Argentina. En: Horwitz, J., Marconi, J.; Adis Castro, G. (eds.). *Epidemiología del alcoholismo en América Latina*. Buenos Aires: Acta 1967. p. 66-71.
- Viqueira, C.; Palerm, A. (1954). Alcoholismo, brujería y homicidio en dos comunidades rurales de México. *América Indígena*, v. 14, n. 1, p. 7-36.
- Vogt, E. Z. (1973). *Los zinacantecos; un grupo maya en el siglo XX*. México: SEP-Setentas.
- Washburne, C. (1961). *Primitive Drinking: A Study of the Uses and Functions of Alcohol in Pre-literate Societies*. New York: College and University Press.
- West, L. J. (1972). Across cultural approach to alcoholism. En: *Annals of the New York Academy of Sciences*, v. 197, p. 214-216.
- Williams, A. F. (1976). The alcoholic personality. En: Kissin, B.; Begleiter, H. (eds.). *The biology of alcoholism*, v. 4. New York: Plenum.
- Woodhill, D. (1985). Scienza sociali, problemi sociali e politica: il caso delle politiche sull'alcool in Gran Bretaña. En: *L'alcool nella societa: scienza, cultura e controllo sociales*. Torino: Celid. p. 123-154.
- Wright Mills, C. (1964). *Poder, política, pueblo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Yazigi, J. R. (1970). Introduction. En: Popham, R. E. (edit.). *Alcohol & Alcoholism*. Toronto: University of Toronto Press. p. 193-196. Recuperado de: <https://tinyurl.com/wxhuffy>.

En 1990, pude tener en mis manos la primera edición de *Morir de alcohol*, una vez más la vieja librería Gandhi de la calle Montevideo me permitía poder leer textos de Eduardo Menéndez, los cuales había empezado a comprar en 1985. En esas lecturas siempre me impresionaron tanto sus preguntas, que interpelaban el sentido común, como la densidad teórica de sus discusiones, que escapaban de toda simplificación.

Al insistir en que el proceso de alcoholización es un problema social que impacta en el proceso de salud-enfermedad-atención de los conjuntos sociales, Menéndez deja en evidencia la incapacidad de las políticas de prevención y promoción de la salud de acompañar la complejidad de la dinámica social, y de poder limitar los intereses de la industria alcoholera.

Los medios de comunicación ponen el foco en la relación del alcohol con los eventos trágicos, pero no problematizan el proceso de alcoholización creciente que se observa en nuestras sociedades. El alcohol tiene mayor impacto en la mortalidad, pero en tanto sustancia legal recibe menor atención que las sustancias consideradas ilegales cuyo número de muertes es significativamente menor.

El modelo médico hegemónico no consigue demostrar eficacia frente al alcoholismo, a diferencia de los grupos de alcohólicos anónimos. No obstante, trata de apoderarse del problema al considerarlo un tema médico, psicológico, o psiquiátrico. A su vez los saberes universitarios, enclaustrados en sus lógicas escolásticas continúan, desde sus saberes disciplinarios, simplificando lo social. En este contexto, el libro convoca a indisciplinar esos saberes si pretendemos acompañar este problema que afecta a los conjuntos sociales, para trabajar las raíces político-económicas e ideológico-culturales del proceso de alcoholización y las estrategias del sector salud.

Han pasado 30 años desde la primera publicación de este libro, pero sus contenidos nos siguen interpelando. Por la calidad del trabajo y la jerarquía del problema que aborda, su lectura resulta imprescindible para quienes ven con preocupación el proceso de alcoholización de nuestras sociedades.

Publicar *Morir de alcohol* en la colección de Cuadernos del ISCo es un honor para el Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Nacional de Lanús. Esta edición corregida y enriquecida, cuenta con una introducción en la que hay componentes tanto biográficos como teóricos muy relevantes que enriquecen la publicación original.

Hugo Spinelli
Directór de la colección Cuadernos del ISCo