

Eduardo L. Menéndez

## De sujetos, saberes y estructuras

Introducción al enfoque relacional en  
el estudio de la salud colectiva



# Índice

La epidemiología del alcoholismo y otros tóxicos.....	105
La necesidad de nuevos enfoques de intervención.....	171
Enfoques metodológicos.....	179
<b>Capítulo 4. Participación social como realidad técnica y como imaginario social.....</b>	
Las expectativas de actores de la participación social.....	184
La construcción teórica de un concepto.....	193
La participación de la participación social.....	200
<b>Presentación: Algunas palabras sobre Eduardo</b> por Joan Luis Sariago Rodríguez.....	11
<b>Introducción.....</b>	21
<b>Capítulo 1. Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos: de exclusiones ideológicas y de articulaciones prácticas.....</b>	
Los conjuntos sociales como eje de la atención de los padecimientos .....	29
Biomedicina: algunos rasgos y limitaciones.....	36
Autoatención como proceso estructural.....	52
La biomedicina como generadora de autoatención .....	61
De algunas articulaciones posibles .....	69
<b>Capítulo 2. Estilos de vida, riesgos y construcción social.....</b>	
Trayectorias y posibilidades iniciales.....	75
Convergencias, diferencias e incompatibilidades.....	84
Causalidad, riesgos y niveles de análisis.....	91
Las funciones de la a-historicidad.....	97
Cultura y estilo de vida: algunos pormenores .....	104
Estilo de vida y clases sociales .....	109
Causas estructurales y riesgos individuales.....	115
Saber profesional y saber popular. ¿Qué es prevención?.....	121
Últimas consideraciones .....	128
<b>Capítulo 3. Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades ...</b>	
La venganza de sangre como problema epidemiológico .....	133
Algunas afirmaciones y varias propuestas.....	142
Modelos, experiencias y otras desventuras .....	149
Los peligros del olvido .....	157
Críticas mutuas .....	160

## Introducción

Este libro reúne una serie de textos producidos en los últimos quince años, y que en gran medida expresan mis ideas y propuestas respecto de toda una serie de procesos y de problemáticas que considero importantes en términos de salud colectiva.

En estos textos analizo ciertos aspectos teóricos, prácticos e ideológicos de los procesos de salud/enfermedad/atención que me han preocupado a través de gran parte de mi trayectoria académica e ideológica, y que he tratado de aclararme –y tal vez de aclarar a los demás–, para no sólo comprender la realidad sino también para ayudar a modificarla.

Desde esta perspectiva, he tratado de formular y aplicar un enfoque relacional que supere las disputas en torno al papel del sujeto y la estructura (o cultura) o de las representaciones sociales y de las experiencias, disputas en las cuales muchos de los que nos dedicamos a la salud colectiva estamos enredados desde hace un largo tiempo. He cuestionado y formulado propuestas alternativas respecto de nuestra tendencia a describir y analizar los procesos de salud/enfermedad/atención en términos de polarizaciones organizadas en torno a lo cualitativo/estadístico, económico-político/simbólico, local/global, micro/macrosocial, biológico/cultural, o teórico/práctico, lo cual ha conducido a que frecuentemente los procesos sean descriptos y analizados a través de oposiciones y no de articulaciones.

Los textos que presento tratan sobre problemas que me han acompañado desde hace años y sobre los cuales vuelvo una y otra vez, como son los de la participación social e individual en los procesos de salud/enfermedad/atención; la significación decisiva de la autoatención, a la cual considero el real primer nivel de atención de los padecimientos; la estructura y especialmente las funciones de los modelos médicos; la discusión sobre el uso de conceptos como *estilo de vida*, así como las relaciones entre biomedicina, epidemiología y antropología como partes necesarias del desarrollo de una epidemiología sociocultural.

Dentro de lo posible he tratado de describir y pensar dichos procesos y problemas en términos de historicidad, que no sólo tiene que ver con la posibilidad de comprender mejor las realidades, actores o procesos sociales con los cuales solemos trabajar exclusivamente en términos sincrónicos, sino también con la pequeña lucha que he dado contra el olvido en muy diferentes campos y sentidos. Considero además que la historicidad no sólo posibilita entender los procesos de salud/enfermedad/atención como procesos y no como variables, sino que constituye uno de los más fuertes antidotos contra los diferentes narcisismos que nos caracterizan casi irremediamente.

En los diversos capítulos existen algunas referencias y análisis que se reiteran respecto de ciertas problemáticas, debido básicamente a dos razones. Una, subrayar las fuertes conexiones que existen entre los diferentes procesos de salud/enfermedad/atención y la mayoría de los conceptos y metodologías utilizados para entenderlos. Y la segunda, observar cómo los mismos procesos pueden ser analizados desde problematizaciones y conceptos diferentes, aunque complementarios.

Me formé en Argentina como antropólogo social, y como salubrista en México, aunque me identifico profesionalmente con el trabajo antropológico, no sólo porque es el que conozco y manejo mejor, sino porque considero que por lo menos algunos enfoques de la antropología social pueden ser de notable utilidad para comprender e intervenir sobre los procesos de salud/enfermedad/atención. Desde esta perspectiva, por ejemplo, el trabajo sobre lo obvio, sobre el sentido común, sobre lo paradójal que opera en los diferentes saberes legos, técnicos y científicos; así como la búsqueda de los rituales, las relaciones sociales o los efectos del poder y de los micropoderes en los espacios, sujetos y grupos donde no se los busca, posibilita comprender procesos y comportamientos, así como sus posibles usos respecto de diferentes problemáticas de salud.

Los materiales que presento surgieron de mis trabajos de investigación sobre diversos procesos de salud/enfermedad/atención iniciados en Argentina en la década del '60 y continuados en México desde 1976 hasta la actualidad. Pero además ha sido parte fundamental de dichos escritos su reelaboración a través de mis cursos sobre antropología médica, educación para la salud y epidemiología sociocultural desarrollados en varias instituciones y países, pero básicamente en la Escuela Nacional de Antropología e Historia, en el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social y en la vieja Escuela de Salud Pública de México; en la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona (Catalunya) y en el Centro Universitario de Salud Pública de Madrid, situados en España, y en la Universidad Nacional de Lanús y

en el Instituto Juan Lazarte de Rosario, ambos localizados en Argentina. Es decir que estos escritos fueron en gran medida también hablados, lo cual tal vez se exprese a través de mis formas coloquiales de escritura.

Los textos que integran este libro han sido publicados a lo largo de varios años, y todos han sido reelaborados y actualizados para esta edición, indicando que he reducido significativamente el material bibliográfico que puede ser consultado en los trabajos originales. Espero que estos trabajos sean de utilidad, que aclaren algunas malas interpretaciones de mis propuestas sobre el modelo médico hegemónico, sobre autoatención y sobre los usos de conceptos como hegemonía/subalternidad, así como que los mismos impulsen aún más los intercambios y convergencias entre los salubristas y antropólogos que trabajan en salud colectiva.

Coyoacán (México DF), agosto de 2008

# Capítulo 1

## Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos: de exclusiones ideológicas y de articulaciones prácticas<sup>1</sup>

Desde una perspectiva antropológica, cuando hablamos de modelos, saberes y formas de atención y prevención de padecimientos no sólo pensamos en los de tipo biomédico, sino en todos los saberes y formas de atención que en términos intencionales buscan prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento determinado, lo cual implica asumir una serie de puntos de partida que contextualizan nuestra perspectiva.<sup>2</sup>

En primer lugar asumimos que por lo menos en las sociedades europeas y americanas actuales existe toda una variedad de saberes y formas de atención a los padecimientos, que utilizan diferentes indicadores y técnicas diagnósticas para la detección de problemas de salud, así como variados tipos de tratamiento e incluso diferentes criterios de curación.

Pero además de reconocer esta diversidad, cuando nos referimos a los saberes y formas de atención lo prioritario para nosotros no es sólo pensarlos en términos de eficacia técnica o de significaciones culturales, sino reconocer su existencia, dado que el sector salud (SS) y la biomedicina tienden a negar, ignorar y/o marginar la mayoría de los saberes y formas no biomédicos de atención a los padecimientos, pese a ser utilizados frecuentemente

1. Una versión anterior de este texto fue publicada bajo el título "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y de articulaciones prácticas". En: Spinelli, H., compilador, *Salud Colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad, Epidemiología, gestión y políticas*. Buenos Aires, Lugar Editorial, 2004, p. 11-47.

2. Los conceptos de forma, saber y modelo corresponden a diferentes niveles de abstracción, y son complementarios. En términos esquemáticos, con por *saberes* nos referimos a las representaciones y prácticas organizadas como un saber que operan a través de curadores o sujetos y grupos legos. Con *formas* nos referimos a las experiencias utilizadas por sujetos y grupos, y donde el interés está en obtener las trayectorias y experiencias individuales. Y por modelo nos referimos a una construcción metodológica que refiere a los saberes tratando de establecer provisionalmente cuáles son sus características y funciones básicas. Subrayamos que los tres conceptos son construcciones generadas por el investigador.

por diferentes sectores de la población, y constituyendo la autoatención la forma más generalizada de atención de los padecimientos.

Los diversos saberes y formas de atención a la enfermedad que actualmente operan en una sociedad determinada, tienen que ver con las condiciones religiosas, étnicas, económico/políticas, técnicas y científicas que han dado lugar al desarrollo de formas y saberes diferenciados que suelen ser considerados antagónicos, especialmente entre la biomedicina y la mayoría de los otros saberes. Para gran parte de los antropólogos, la medicina tradicional americana presenta características que no sólo se diferencian sino que se oponen a determinadas concepciones y técnicas de la biomedicina. Y lo mismo sustentan los representantes de la denominada medicina científica respecto de la medicina tradicional y de la mayoría de los saberes populares, generando una visión antagónica y excluyente entre estos saberes.

Si bien dichas diferencias existen, generalmente las mismas tienden a ser registradas y analizadas por los investigadores a través de las representaciones sociales e ideológicas, y mucho menos de las prácticas sociales de los sujetos y grupos involucrados, lo cual refuerza una concepción dominante de antagonismos más que de articulaciones transaccionales entre los diferentes saberes y formas de atención. Más aun, considero que el reconocimiento de estas oposiciones suele darse sobre todo a través de las representaciones técnicas y sociales de los curadores de los diferentes saberes, pero mucho menos a nivel de las prácticas de los sujetos y conjuntos sociales que se atienden con ellos, quienes tienden a integrar las diferentes formas y saberes más que a antagonizarlos, excluirlos o negar unos en función de otros.

Lo que domina en las sociedades actuales, dentro de los diferentes conjuntos sociales estratificados que las constituyen y más allá de la situación de clase social o de la situación étnica, es lo que se conoce como pluralismo médico, término que refiere a que en nuestras sociedades la mayoría de la población utiliza potencialmente varios saberes y formas de atención no sólo para diferentes problemas, sino para un mismo problema de salud.

En los países de la denominada sociedad occidental, y especialmente en los más desarrollados, se está incrementando actualmente el uso de las medicinas alternativas o paralelas, y si bien dicho incremento sería en cierta medida una reacción a determinadas características de las orientaciones biomédicas, éste no es sin embargo el factor decisivo, por lo menos respecto de determinados procesos. Por ejemplo, se suele decir que el desarrollo de ciertas medicinas alternativas es debido en gran medida al tipo de relación médico/paciente que ha ido configurando e imponiendo la biomedicina, el cual excluye, niega o subordina la palabra del paciente. Si bien esta afirmación es en parte correcta, debe subrayarse que varias de las medicinas

alternativas y de las denominadas "tradicionales" se caracterizan por ser tan asimétricas y excluyentes de la palabra del paciente como la biomedicina, y algunas mucho más. Para varias de estas medicinas la asimetría –incluso en el uso de la palabra– es condición necesaria para atender los padecimientos y por lo tanto para "curar".

El incremento constante de las denominadas medicinas alternativas y la recuperación de formas de la medicina popular no constituyen sólo reacciones contra la biomedicina. Si bien no niego la existencia de procesos reactivos hacia la medicina alopática, éstos no constituyen los únicos ni frecuentemente los principales factores de este desarrollo. Más aun, en ciertos casos observamos el desarrollo de procesos aparentemente paradójicos.

Así, por ejemplo en el caso de los saberes denominados tradicionales y populares observamos que algunas de sus actividades más emblemáticas han sido impulsadas en las últimas décadas por actores que constituyen uno de los pilares de la biomedicina. Me refiero a la industria químico/farmacéutica que en las últimas tres décadas ha desarrollado una notable y creciente elaboración de productos herbolarios, dado el incremento del consumo de estos productos por los sectores sociales de mayores ingresos. Más aun, en varios países latinoamericanos, incluido México, varios estudiosos de la medicina herbolaria se han convertido en productores y vendedores de dichos productos como tarea central de sus actividades.

En cada sociedad los diferentes grupos sociales utilizan formas de atención tradicionales/populares específicas, pero me interesa subrayar que la mayoría de ellas están dejando de ser patrimonio exclusivo de determinados sectores sociales, culturales o étnicos. Este es un proceso constante, pero que ha cobrado una dinámica más acelerada en las últimas décadas debido a procesos como la expansión de la industria químico/farmacéutica, las migraciones nacionales e internacionales y la globalización de los medios de comunicación masiva.

Otro proceso importante a considerar es la presencia en las sociedades denominadas occidentales de saberes y formas de atención a la salud que corresponden a saberes académicos de otros sistemas culturales muy distintos del occidental. Los casos más conocidos son los de la acupuntura y de la digitopuntura<sup>3</sup>, pero debe subrayarse que en varios países europeos y americanos se han asentado y desarrollado la medicina mandarina y la medicina ayurvédica en contextos donde previamente no existían estas

3. Reconocemos no obstante, tanto en países americanos como europeos, la existencia de técnicas de digitopuntura propias y que son previas a las actuales técnicas difundidas desde países asiáticos, y que conviven y se interrelacionan con ellas.

tradiciones académicas. Y algo similar podemos decir del budismo zen, que fue apropiado en términos de posibilitar una mejor "salud mental", y que tempranamente fue impulsado en esa dirección por autores de enorme impacto como E. Fromm en los '50 y '60.

Si bien una parte de este desarrollo se debe a procesos migratorios de masa, que implican el asentamiento no sólo de trabajadores migrantes, sino también de sus sistemas de atención, en otros casos se debe a un proceso de apropiación generado por determinados sectores sociales de los propios países "occidentales", como es el caso de las estrategias de vida tipo "new age".

Estos y otros procesos han impulsado una constante diversidad de saberes y de formas de atención que, por supuesto, adquieren una dinámica y diferenciación específica en cada contexto, pero cuyo eje está en la enfermedad y no en la salud. Si bien casi todas las formas y saberes se preocupan por la salud, e incluso la biomedicina habla de producir salud, de salud positiva o de estilos de vida saludables, lo cierto es que la casi totalidad de las actividades de los diversos saberes y formas de atención actúan básicamente respecto de los padecimientos y enfermedades y no respecto de la producción de salud. Y esto no sólo porque lo proponen e impulsan los curadores, sino porque además lo solicitan los sujetos y grupos sociales, ya que demandan básicamente acciones sobre sus padeceres más que sobre su salud.<sup>4</sup>

Lo señalado no ignora que, especialmente en las sociedades capitalistas de más alto grado de desarrollo, se incrementa la población que realiza diferentes tipos de acciones en busca de mejorar y/o promover su propio estado de salud a nivel individual, aunque frecuentemente a través de una noción sumamente medicalizada del mismo, pese al uso cada vez más frecuente de formas alternativas de atención y prevención.

4. Si bien en biomedicina, como en otras formas de atención, existen actividades que no tienen que ver directamente con la atención y prevención de la enfermedad, como ocurre con la cirugía realizada con objetivos estéticos en el caso de la alopatía, o del uso de técnicas adivinatorias practicadas por curadores de otras formas de atención, no obstante en todos los sistemas de atención el objetivo central tiene que ver con las enfermedades. Es importante recordar además que determinados padecimientos son generados por el propio curador en el caso de la brujería practicada en contextos africanos y latinoamericanos, pero también en el caso de la biomedicina a través de los episodios de iatrogenia negativa.

## Los conjuntos sociales como eje de la atención de los padecimientos

Si bien es conveniente estudiar las distintas formas y saberes a través de la relación curador/paciente, considero que desde un punto de vista metodológico la identificación y análisis de las formas de atención debería iniciarse a través de la descripción de lo que hacen, usan y dicen los sujetos y grupos sociales para atender sus padecimientos, y no a partir de los curadores biomédicos, tradicionales o alternativos.

En términos metodológicos deberíamos iniciar la descripción a través de los sujetos y los conjuntos sociales, porque a partir de ellos, y especialmente de la "carrera del enfermo", podemos identificar todas o, por lo menos, la mayoría de las formas de atención que intervienen en un contexto determinado, lo cual sería difícil de obtener –por muy diversas razones– si partiéramos inicialmente de los curadores, o incluso de la relación curador/paciente centrada en un solo tipo de curador.

Pero además, a través de los sujetos y conjuntos sociales podemos observar el uso articulado de los saberes y formas que utilizan y no los usos excluyentes. Si nosotros partiéramos del punto de vista de cada curador, de cada saber, lo frecuente sería la ignorancia o la exclusión de los otros saberes o un reconocimiento crítico y frecuentemente estigmatizado de los mismos, así como la tendencia a focalizar la descripción en el saber específico que cada curador representa. Si bien es a través de las perspectivas y de las prácticas de los diferentes actores significativos que podemos detectar la variedad de articulaciones generadas en torno a los padecimientos que se dan entre los mismos, no obstante es a través de los "pacientes" que podemos registrar la variedad de formas de atención que utilizan y articulan con el objetivo de reducir o solucionar sus problemas.

Considero que si el sector salud quiere conocer y/o implementar el sistema de atención real que utilizan los sujetos y conjuntos sociales, debería identificar, describir y analizar las diferentes formas y saberes que los sujetos y conjuntos sociales manejan respecto de la variedad de padeceres reales e imaginarios que reconocen como afectando su salud. Por supuesto que esto no supone que reduzcamos la identificación de los padeceres ni de las formas y saberes sólo a los que reconocen los sujetos y conjuntos sociales, sino que éste es el punto de partida para establecer la existencia de los diferentes saberes y formas de atención que los grupos no sólo reconocen sino que, sobre todo, utilizan.

Aclaro que si bien propongo metodológicamente iniciar la descripción por los saberes y experiencias de los sujetos y grupos que padecen un problema determinado, ello por sí solo no asegura la detección de las diferentes formas y saberes utilizados si no existe una decisión metodológica de observarlos. Como sabemos, la mayoría de los estudios antropológicos sobre los procesos de salud/enfermedad/atención (de ahora en adelante proceso *s/e/a*) que ocurrían en los grupos étnicos americanos, no incluía la atención biomédica ni el uso de productos relacionados con el saber biomédico por parte de esos grupos, pese al constante incremento de su uso, ya que lo que interesaba a los antropólogos era el estudio de las formas y saberes tradicionales y no dar cuenta del conjunto y variedad de las prácticas y representaciones utilizadas por los grupos étnicos para atender y dar solución a sus problemas de salud.

Por eso subrayo la decisión metodológica de incluir no sólo a los diferentes actores significativos, sino de trabajar con las diversas representaciones y prácticas que los sujetos y grupos utilizan referidas al proceso *s/e/a*. Esta aproximación implica detectar y construir los perfiles epidemiológicos y las estrategias de atención que desarrollan y utilizan los diferentes actores sociales involucrados, y especialmente el personal biomédico, los curadores tradicionales, los curadores alternativos y los diferentes grupos sociales "legos", lo cual posibilitaría observar las características de los diferentes perfiles utilizados así como las convergencias y divergencias. Este tipo de aproximación, que aplicamos especialmente en el estudio de comunidades rurales y urbanas de Yucatán (Menéndez, 1981) y de Guanajuato (Menéndez, 1984), contribuiría a producir una epidemiología de los saberes –incluidos los comportamientos– respecto de los procesos de *s/e/a*, que posibilitaría comprender la racionalidad de las acciones desarrolladas por los sujetos y grupos sociales, así como también la racionalidad de los diferentes tipos de curadores, lo cual permitiría desarrollar estrategias que articulen y utilicen dichos saberes.

Procesos sociales, económicos y culturales posibilitan el desarrollo de diferentes formas de atención a partir de las necesidades y posibilidades de los diferentes sujetos y conjuntos sociales. Y al señalar esto pienso tanto en las estrategias de supervivencia desarrolladas por personas ubicadas en situación de marginalidad y extrema pobreza, o que están cayendo en situación de pobreza, así como en sujetos que dada su búsqueda de una especie de eterna juventud frecuentemente homologada a salud, encuentran en ciertas prácticas y/o sustancias la posibilidad imaginaria y momentánea de lograrla. Así como también pienso en la adhesión de otros grupos a prácticas religiosas que proveerían de un "equilibrio" psicobiológico al sujeto, que va más allá de la enfermedad inmediata que padecen.

Las carencias económicas, la existencia de enfermedades incurables o si se prefiere todavía no curables, así como la búsqueda de soluciones a pesares existenciales, conducen a la búsqueda y frecuente creación o resignificación de las formas de atención.

Frente a determinados tipos de "alcoholismo" para los cuales la biomedicina tiene una eficacia limitada, los propios conjuntos sociales desarrollaron grupos de autoayuda como Alcohólicos Anónimos, forma de atención que evidencia la mayor eficacia comparativa con cualquier otro tipo de atención específica respecto de este problema, por lo menos en ciertos contextos. Pero existen grupos que han creado respecto del "alcoholismo" otras estrategias, como son "los juramentos a la Virgen" en el caso de México, o el uso de la brujería en el suroeste de los EE.UU., que también tienen resultados en el control del consumo patológico de alcohol, y en la disminución de los daños generados por dicho consumo.

Partiendo de los comportamientos de los sujetos y grupos respecto de sus padeceres –y cuando propongo esto pienso en conjuntos sociales estratificados y/o diferenciados a través de condiciones ocupacionales, económicas, étnicas, religiosas, de género, etc., que operan en diferentes contextos latinoamericanos–, encontramos que los mismos utilizarían potencialmente los siguientes saberes y formas de atención:

- a) Saberes y formas de atención de tipo biomédico implementados por médicos y personal paramédico que trabajan en los tres niveles de atención respecto de padecimientos físicos y mentales, y que incluyen saberes preventivos de tipo biomédico. Dentro de la atención biomédica pueden reconocerse formas antiguas y comparativamente marginales, como son la medicina naturista, la balneoterapia o la homeopatía. Deben también incluirse las diferentes formas de psicoterapia individual, grupal y comunitaria gestadas por lo menos en parte desde la biomedicina.
- b) Saberes y formas de atención de tipo "popular" y "tradicional" expresadas a través de curadores especializados como hueseros, culebreros, brujos, curanderos, parteras empíricas, espiritualistas, yerberos, shamanes, etc. Aquí debe incluirse el papel curativo de ciertos santos o figuras religiosas tanto cristianas como de otros cultos, así como el desarrollo de actividades curativas a través de grupos como los pentecostales o los carismáticos.
- c) Saberes y formas de atención alternativas, paralelas o "new age" que incluyen a sanadores, bioenergéticos, nuevas religiones curativas de tipo comunitario, etc.

- d) Saberes y formas de atención devenidas de otras tradiciones médicas académicas: acupuntura, medicina ayurvédica, medicina mandarina, etc.
- e) Saberes y formas de autoatención que se expresan a través de dos tipos básicos: i) las centradas en los grupos primarios "naturales", especialmente en el grupo doméstico, y ii) las organizadas en términos de grupos de autoayuda referidos a padecimientos específicos: Alcohólicos Anónimos, Neuróticos Anónimos, clubes de diabéticos, padres de niños con síndrome de Down, etc.

Esta clasificación podría ampliarse y/o modificarse según otros autores y objetivos, subrayando que no las consideremos como formas estáticas y aisladas cada una en sí misma, sino que asumimos la existencia de un proceso dinámico entre los diferentes saberes y formas de atención. Es decir que los mismos operan en forma específica y/o a través de la articulación con otras formas y saberes.

Dicha dinámica opera por lo menos en dos niveles, referentes a las relaciones establecidas entre las diversas formas de atención a través de los diferentes operadores de las mismas, y así vemos cómo la biomedicina por lo menos en determinados contextos se apropia de la acupuntura o de la quiropraxia, y en otros retoma la tradición herbolaria o incluye grupos de Neuróticos Anónimos como parte de los tratamientos. Por lo cual se genera algún tipo de articulación entre diferentes formas de atención, incluso entre algunas que en determinados momentos aparecían como antagónicas, como es el caso de la actitud biomédica inicial en América Latina hacia los grupos de Alcohólicos Anónimos<sup>5</sup>.

El otro nivel refiere a la integración de dos o más saberes y formas de atención por sujetos y grupos que tienen algún padecimiento, lo cual puede, sobre todo, ser observado a través de la denominada carrera de enfermo, y constituyéndose este tipo de articulación en el más frecuente, dinámico y expandido.

Por supuesto que otras fuerzas sociales operan en este proceso de relación entre las diferentes formas y saberes, como es el caso de ciertas organizaciones

5. En la mayoría de los países europeos y americanos la biomedicina y el sector salud rechazaron o marginaron inicialmente en forma tácita o explícita a los grupos de Alcohólicos Anónimos. En el caso de América Latina, epidemiólogos y psiquiatras sostenían que dichos grupos de autoayuda no se expandirían a nivel regional por razones culturales, especialmente de tipo religioso. Sin embargo, a partir de la década del '60, y sobre todo de los '70 se genera una notable expansión de estos grupos que conduce a que países como Honduras y México sean de los que tienen un mayor porcentaje de grupos de AA a nivel mundial.

no gubernamentales (ONG) en el campo de la salud reproductiva o el de la propia industria químico/farmacéutica impulsando cada vez más los medicamentos de origen herbolario. Pero desde nuestro punto de vista son las actividades impulsadas por los sujetos y grupos sociales las que generan la mayoría de las articulaciones entre las diversas formas y saberes a través de sus usos, y superando frecuentemente la supuesta o real diferencia o incompatibilidad que puede existir entre los mismos, dado que dichas incompatibilidades y diferencias son secundarizadas por la búsqueda de una solución pragmática a sus problemas<sup>6</sup>.

Si bien, como ya señalé, algunas articulaciones se generan a través de los propios curadores, éstos tratan sin embargo de mantener su propia identidad como curadores, y desde esa perspectiva la articulación se expresa a través de una apropiación de técnicas pero tratando de mantener la diferencia, hegemonía y/o exclusión a través de seguir proponiendo su forma de curar como la más idónea. Esta es la manera dominante de actuar de la biomedicina, que si bien constituye la forma de atención más dinámica y en expansión dentro de un mercado competitivo de saberes, dicho proceso no se reduce a la dimensión económica, sino que incluye procesos ideológicos, sociales y técnicos que tienen que ver con el mantenimiento y desarrollo de la identidad profesional y de su hegemonía.

Este proceso podemos observarlo en uno de los campos menos legitimados dentro del saber biomédico, es decir el referido a la salud mental, que actualmente se caracteriza por una actitud profesional ecléctica según la cual, y en función del objetivo terapéutico, la psiquiatría utilizaría todas aquellas estrategias y orientaciones biomédicas que demuestran cierto grado de eficacia, pasando por lo tanto a segundo plano la fundamentación teórica de las características diferenciales de cada una de ellas. El pragmatismo psiquiátrico expresado especialmente a partir del RSM-III-R, se impondrá cada vez más, por lo menos en las instituciones oficiales.

Pero debemos reconocer que sólo una pequeña parte de la psiquiatría –y subrayo lo de psiquiatría– recurre a formas de atención desarrolladas desde perspectivas no médicas, ya que el eclecticismo se reduce a las diferentes técnicas desarrolladas desde la biomedicina y campos afines. Esto no ignora, por supuesto, la existencia de numerosas experiencias que han incluido

6. Esto no niega que haya diferencias significativas entre las distintas formas de pensar y actuar sobre el proceso de s/e/a, pero dichas diferencias deben ser observadas siempre a través de las prácticas, dado que es en las mismas que podremos evidenciar si realmente existen diferencias, así como también observar el uso articulado de ellas. Dichas articulaciones se desarrollan a través de diferentes dinámicas transaccionales y casi siempre dentro de relaciones de hegemonía/subalternidad.

desde técnicas shamánicas hasta rituales sociales urbanos, pero ésta no ha sido la línea dominante —especialmente en el caso mexicano— de la psiquiatría privada ni de la que opera en las instituciones médicas oficiales.

La apropiación y el eclecticismo podemos observarlos no sólo a través de la biomedicina sino también de las otras formas de atención. En América Latina hay un proceso constante según el cual una parte de los curadores populares y tradicionales, además de prescribir y/o realizar sus tratamientos tradicionales, recetan también antibióticos o vitaminas como parte de su forma de atención (Press, 1975). En el caso de las parteras llamadas empíricas, observamos la utilización de técnicas de inducción del parto de tipo biomédico, desde por lo menos la década del '70.

Este proceso de apropiación obedece a varias dinámicas, entre las cuales subrayo dos; la desarrollada a partir de los propios curadores en busca de mayor eficacia, lo cual conduce en determinados casos a que las medicinas generadas por la industria químico/farmacéutica sean incluidas y usadas dentro de concepciones culturales tradicionales, como ocurre, por ejemplo, con la oposición y complementación entre lo frío y lo caliente, cuyo ritual es aplicado al uso de aspirinas, penicilina o alka-zelzer en numerosos grupos étnicos mexicanos; y otra impulsada por el sector salud a través de los programas de atención primaria. De tal manera que por ejemplo en México fue el sector salud quien enseñó, por lo menos desde la década del '40, a personas de las comunidades rurales a dar inyecciones, dado que no existían recursos humanos locales previamente formados para hacerlo, y parte de este personal que aprendió a inyectar fueron curadores tradicionales. Fue el sector salud el que adiestró a parteras empíricas de tal manera que éstas utilizaron una síntesis de elementos tradicionales y biomédicos; fue el sector salud el que enseñó a sujetos de las comunidades a cortar nódulos de personas con oncocercosis o que seleccionó a personas de la comunidad como agentes de salud. Fue el sector salud y un número cada vez más amplio de organizaciones no gubernamentales (ONG) los que formaron y siguen formando en la actualidad cientos de promotores de salud que suelen utilizar una mezcla de técnicas populares y biomédicos, pero en la mayoría de los casos impulsados desde objetivos, concepciones y prácticas biomédicas.

Este proceso complejo, dinámico y diferenciado podemos observarlo y detectarlo sobre todo si lo registramos a través de las acciones de los sujetos y grupos sociales, dado que desde la perspectiva de las diferentes formas de atender —y no sólo de la biomedicina— sólo registraríamos una parte de dichas formas de atención y generalmente en forma no relacionada.

Desde los diferentes saberes y formas de atención, y especialmente desde el saber e instituciones biomédicas, sólo se tiende a reconocer

algunas de las formas y saberes, y no las más diversas y a veces impensables actividades curativas o sanadoras. Pero además tiende a generarse una visión estigmatizada y excluyente de por lo menos algunas formas y saberes, subrayando que la eficacia, la eficiencia y la legitimidad están referidos exclusivamente al propio saber biomédico.

Este proceso, y lo subrayo, también ocurre con las otras formas y saberes que fundamentan su legitimidad e identidad no en la racionalidad científica sino en la religiosa y/o étnica, proponiendo una eficacia comparativa inherente al uso exclusivo de estas dimensiones.

Si el eje lo colocamos en los diferentes conjuntos sociales aplicando los criterios señalados previamente, no sólo registraremos todas o por lo menos la mayoría de las formas y saberes que se usan realmente, sino que no tendremos una visión unilateral de las formas y saberes que pretenden su exclusividad a través de lo científico, de lo religioso o de lo étnico, dado que las registramos a través de los diferentes puntos de vista que operan en una comunidad, y que incluyen las perspectivas diferenciales de los diferentes sujetos y grupos sociales, incluidos los diversos tipos de curadores.

Pero el aspecto central, que luego desarrollaremos, es que los sujetos y grupos sociales constituyen el agente que no sólo usa los diferentes saberes y formas de atención, que los sintetiza, articula, mezcla o yuxtapone, sino además que es el agente que reconstituye y organiza estas formas y saberes en términos de "autoatención", dado que ésta constituye no sólo la forma de atención más constante y frecuente sino el principal núcleo de articulación práctica de los diferentes saberes y formas de atención, la mayoría de los cuales no puede funcionar completamente si no se articulan con el proceso de autoatención. Este señalamiento es obvio, pero tiende no sólo a ser olvidado, sino también excluido del análisis de los servicios de salud. Una cosa es hablar de convalecencia y otra asumir que el papel decisivo en gran parte de las actividades de convalecencia están a cargo del sujeto y su grupo a través de acciones de autoatención (Smith, 1982).

En varios trabajos realizados en diferentes contextos mexicanos se describe cómo durante la carrera del enfermo los sujetos demandan inicialmente un tipo de atención en función del diagnóstico presuntivo que manejan y de otros factores, como la accesibilidad física y económica a las diferentes formas de atención que operan en su contexto de vida. Pero si dicha primera atención no resulta eficaz la reemplazan rápidamente por la atención de otro tipo de curador, implicando este cambio una transformación en el diagnóstico y tratamiento. Este proceso puede agotarse en esta segunda instancia o dar lugar a la demanda de otras formas de atención, que puede implicar una nueva demanda de atención a los primeros curadores

consultados. Este proceso no sólo es producto del pragmatismo y de la urgencia de los grupos, sino que es facilitado porque los principales indicadores diagnósticos que manejan los grupos –pero también los curadores de distinto tipo– permiten que a través de los mismos indicadores se diagnostique, por ejemplo, gastroenteritis o empacho, posibilitando una articulación práctico/ideológica entre las diferentes formas de atención y estableciendo una conexión entre ellas a través de la carrera del enfermo (Menéndez, 1984, 1990a; Osorio, 1994; Peña, 2006).

Este tipo de aproximación epidemiológica –que denominamos sociocultural– posibilitaría además observar cuáles son las formas de atención más usadas y las que tienen mayor eficacia para abatir, controlar o disminuir determinados daños en términos reales o imaginarios. Al igual que también podríamos registrar cuáles son los factores de tipo económico, técnico o ideológico que se oponen o facilitan la articulación de las diferentes formas de atención, a través de las prácticas cotidianas de los conjuntos sociales.

Pero ahora no voy a desarrollar el análisis integral de los diferentes saberes y formas de atención, sino que a modo de ejemplo me concentraré en los que consideramos los dos saberes dominantes de atención a los padecimientos en un contexto como el mexicano actual<sup>7</sup>, es decir la biomédica y la autoatención. Para lo cual primero describiré algunas características básicas del saber biomédico, haciendo hincapié en aquellas que limitan la posibilidad de una articulación mayor y más eficaz con la autoatención, y luego haré lo mismo con la autoatención, para concluir proponiendo algunos mecanismos de articulación posibles.

## Biomedicina: algunos rasgos y limitaciones

En principio recordemos que la biomedicina en tanto institución y profesión se caracteriza por su constante aunque intermitente modificación y cambio y no por su inmovilidad, y cuando señalo esto no me refiero sólo a cambios técnicos y científicos, sino también a cambios en sus formas dominantes de organizarse e intervenir no sólo técnica sino además económica, social y profesionalmente. Por lo cual el análisis que estamos realizando en este texto no refiere a la biomedicina que se practicaba en 1850, en 1920 o

7. Por supuesto que en estos contextos encontraremos distintas formas de articulación entre biomedicina y autoatención, en función de las características socioeconómicas, étnicas, religiosas, etc. de los diferentes grupos y sujetos sociales.

1950, sino a las tendencias que se desarrollan desde las décadas del '60 y '70 hasta la actualidad.

Subrayo que para ciertas miradas a-históricas, estos cambios, o por lo menos algunos de ellos, suelen ser leídos en términos de crisis, generando en algunos casos la idea que la biomedicina estaría en una situación de crisis permanente. Más aun, según algunos autores estaríamos asistiendo a un derrumbamiento de la misma, augurándose su reemplazo más o menos inmediato por algunas formas de atención “alternativas”. Otras tendencias, por el contrario, están en una suerte de exitismo cientificista, que sólo concibe el cambio en términos de progreso técnico más o menos infinito, pero que demuestra escasa sensibilidad para detectar y explicar los cambios institucionales, culturales y económico/políticos que indudablemente están afectando el saber médico.

Estas propuestas simplemente las señalo pero sin analizarlas, ya que lo que busco es, por una parte, subrayar que los cambios y modificaciones no tienen que ver necesariamente con crisis, derrumbamientos ni con progresos tecnológicos, y por otra que uno de los aspectos más significativos que observamos tiene que ver con el constante proceso de expansión de la biomedicina.

En los países desarrollados y sudesarrollados denominados “occidentales”, y pese al incremento de medicinas paralelas y alternativas, la forma de atención que más se expande directa o indirectamente luego de la autoatención, es la biomédica. Pero, además, si bien en algunos países occidentales se están estableciendo y desarrollando actividades correspondientes a otras tradiciones médicas académicas, en los países que han originado dichas tradiciones como Japón, India o China está expandiéndose e incluso pasando a ser hegemónica la biomedicina, subalternizando y/o desplazando a las medicinas académicas locales.

Distintos hechos evidencian dicha hegemonía, siendo el más evidente el que la biomedicina es la única forma de atención que ha conseguido organizar una institución internacional a la que adhieren oficialmente la mayoría de los países del mundo actual, como es el caso de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que además tiene sedes regionales a nivel de los diferentes continentes y en el caso de América se expresa a través de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Proceso que no ocurre con ninguna otra forma de atención a la enfermedad. Este es un hecho tan obvio que ni siquiera se reflexiona sobre él en términos del papel hegemónico que cumple y expresa.

Más allá de su real cualidad científica y de su eficacia, debemos asumir que la biomedicina y la expansión biomédica constituyen una de las

principales expresiones sociales e ideológicas de la expansión capitalista, o si se prefiere de "Occidente", en términos frecuentemente de hegemonía/subalternidad.

Es el conjunto de estos procesos, que alcanza su expresión más notoria en la expansión del consumo de medicamentos producidos por la industria químico/farmacéutica, el que respalda nuestras interpretaciones. En países como México dicha industria, en forma directa y/o a través del sector salud, ha conseguido colocar algunos de sus productos en los lugares más remotos y aislados del país, siendo actualmente parte de las estrategias de atención de los diversos grupos étnicos mexicanos. Es justamente a través de los medicamentos que observamos una constante expansión de la biomedicina en países pertenecientes a otras tradiciones culturales como son la mayoría de los países africanos y asiáticos.

Pese a la evidencia de esta tendencia, se sostiene la pérdida de importancia de la biomedicina a través de diferentes argumentos. Si bien la principal causa sería la expansión de las denominadas medicinas alternativas, otros la atribuyen a la ineficacia biomédica especialmente en campos como el de la salud mental, dado que en varios países occidentales se observa no sólo una reducida eficacia biomédica para toda una serie de padecimientos mentales, sino también un constante descenso en el número y/o porcentaje de psiquiatras. Y así, por ejemplo, desde hace unos veinte años decrece constantemente en los EE.UU. el número de estudiantes de medicina que eligen la orientación psiquiátrica, mientras en el caso de México desciende constantemente el porcentaje de psiquiatras por habitante. Pero estos argumentos son muy débiles comparados con los que evidencian la constante expansión biomédica.

Lo señalado no niega que existen situaciones conflictivas y desarrollos de saberes y formas de atención que parcialmente reemplazan o complementan a la biomedicina. Así como críticas de muy diferente tipo a las características y funcionamiento de la biomedicina, que ha conducido en diferentes momentos a sostener la crisis del saber y a instituciones biomédicas. Pero hasta ahora la biomedicina ha encontrado siempre "soluciones" que siguen asegurando su expansión.

Posiblemente la mayor crisis operada dentro de la biomedicina, por lo menos a nivel de los críticos, se dio entre mediados de los '60 y fines de los '70. Las críticas iban dirigidas hacia la pérdida de eficacia de la biomedicina, hacia el desarrollo de una relación médico/paciente que no sólo negaba la subjetividad del paciente sino que incrementaba la ineficacia curativa, al desarrollo de una biomedicina centrada en lo curativo y excluyente de lo preventivo, al incremento constante del costo económico de la atención de

la enfermedad, a las diversas situaciones donde se registraban transgresiones a la ética médica, así como a otros procesos. Varias de estas críticas están a la base de las propuestas de Atención Primaria Integral desarrolladas desde los '60, pero que luego de un primer impacto redujeron las expectativas de sus propuestas, así como disminuyeron también las críticas.

Pero en los '80 y sobre todo en los '90 reaparecen las críticas, tal vez menos ideologizadas que en los '60, denunciando otra vez la ineficacia de la biomedicina puesta de relieve en el retorno de la morbimortalidad por tuberculosis broncopulmonar, cólera o dengue; en la fulminante expansión del VIH-sida; en la imposibilidad de curar la mayoría de las enfermedades crónicas ya que hasta ahora sólo es posible controlarlas; en el incremento constante de la desnutrición y no sólo en países pobres y subdesarrollados; en la persistencia de problemas éticos, y en toda una gama de aspectos de los diferentes procesos de s/e/a. Gran parte de estas críticas durante los dos lapsos señalados se concentran en ciertas características del saber biomédico, y especialmente en su biologicismo excluyente.

Pero nuevamente estas críticas están disminuyendo, y el eje estructurador sigue estando colocado en el biologicismo de la manera de pensar y actuar biomédica. La biomedicina sigue depositando sus expectativas en el desarrollo de una investigación biomédica que da lugar al surgimiento de explicaciones biológicas sobre la causalidad de los principales padecimientos y de soluciones basadas en la producción de fármacos específicos, así como en una constante biologización de las representaciones sociales del proceso s/e/a (Menéndez, 2001, 2002).

Más allá de críticas y crisis, lo que observamos es una continua expansión de la biomedicina, que afecta el desarrollo y su relación con las otras formas de atención. Dicha expansión se caracteriza por un proceso de continuidad/discontinuidad, donde la continuidad está dada por el constante aunque intermitente proceso de expansión basado en la investigación biomédica y en su eficacia comparativa, en la producción farmacológica y en la medicalización no sólo de padeceres sino también de los comportamientos; y la discontinuidad por las orientaciones críticas surgidas al interior y fuera de la propia biomedicina, así como por las actividades y representaciones impulsadas por las otras formas de atención y especialmente por las prácticas de los diferentes conjuntos sociales para asegurar la atención y solución real y/o imaginaria de sus padecimientos.

Este proceso de expansión se basa en toda una serie de procesos que se potencian. El primero es el constante apoyo a nivel privado y oficial de la biomedicina; más allá del porcentaje del producto interno que los gobiernos de cada país invierten en el sector salud, lo que necesitamos reconocer es que

dichas inversiones son dedicadas en su totalidad o casi totalidad a la biomedicina. Si bien esto es obvio, debemos asumirlo como un hecho que hemos normalizado, pero que supone que, salvo excepciones, el resto de los saberes y formas de atención, por lo menos en los países occidentales, no cuentan con la legitimación y sobre todo con los apoyos económicos y políticos oficiales. Si bien también es obvio, debemos además recordar que a nivel privado la casi totalidad de las inversiones están dedicadas a la biomedicina.

Estas inversiones se traducirán en la cobertura de atención, en las campañas de prevención, en el número de camas de hospitalización, así como en la producción y consumo de productos biomédicos, especialmente medicamentos.

El segundo proceso refiere a la demanda de atención biomédica, y si bien no lo vamos a describir, lo que debemos asumir es que esta demanda crece en todos los estratos sociales a través de un proceso que articula los objetivos e intereses empresariales y estatales, por una parte, y los de los sujetos y conjuntos sociales, por otro. Más aun crece en la mayoría de nuestros grupos étnicos.

Pero además la expansión opera a través de lo que se denomina proceso de medicalización, el cual implica convertir en enfermedad toda una serie de episodios vitales que son parte de los comportamientos de la vida cotidiana de los sujetos, y que pasan a ser explicados y tratados como enfermedades cuando previamente sólo eran acontecimientos ciudadanos. Este proceso implica no sólo que los sujetos y grupos vayan asumiendo dichos acontecimientos ciudadanos en términos de enfermedad y no de lo que tradicionalmente han sido, es decir conflictos y padeceres, sino que pasen a explicarlos y atenderlos, en gran medida, a través de técnicas y concepciones biomédicas.

Incluso observamos que se desarrolla toda una serie de conceptos que potencialmente supondrían la inclusión de las dimensiones sociales y culturales en la explicación e intervención respecto de los procesos de s/e/a, como es el caso de los denominados "eventos críticos", pero dichos conceptos tendieron también a ser biomedicalizados.

Esta medicalización supone no sólo convertir en problema de salud determinadas situaciones cotidianas –como fue y es el caso de la hiperkinesia infantil o trastornos de atención–, sino además convertir en problema quirúrgico la situación de parto, a través de la generalización de la cesárea en países como México, donde no sólo alrededor del 35% de los partos en las instituciones oficiales y privadas se hacen a través de cesáreas que en su mayoría son innecesarias, sino que esta tendencia se incrementa constantemente.

Si bien respecto del proceso de medicalización existe actualmente una concepción menos unilateral y mecanicista que la dominante en los '60 y

'70, que incluso ha conducido a algunos autores a negar dicho proceso, no cabe duda que el mismo no sólo existió sino que sigue vigente. Lo que las investigaciones y reflexiones actuales han cuestionado es la visión omnipotente y unilateral con que eran –y todavía son– observados estos procesos, según la cual la biomedicina podía imponer a los sujetos y grupos sociales y casi sin modificaciones y oposiciones por parte de éstos, sus maneras de explicar y atender los padeceres.

Considero que la descripción y análisis de los procesos de medicalización en términos de hegemonía/subalternidad posibilita reducir o directamente eliminar la tendencia a pensar la medicalización a partir exclusivamente de la biomedicina, del "poder médico". La inclusión de las transacciones sociales que operan entre los sectores hegemónicos y subalternos, en la medida en que no sólo pensemos en términos de hegemonía/subalternidad, sino también en términos de contrahegemonía, conduce o posibilita tomar en cuenta el papel de los sectores subalternos (Menéndez, 1981).

Son estos y otros procesos y tendencias los que operan en las relaciones de la biomedicina con los otros saberes y formas de atención; siendo especialmente en la actualidad la medicina alopática la que establece las condiciones técnicas, sociales e ideológicas dentro de las cuales se desarrollan las relaciones con los otros saberes.

La biomedicina actual se caracteriza por una serie de rasgos técnicos, profesionales, ocupacionales, sociales e ideológicos que hemos descripto y analizado en varios trabajos, y que expresan la orientación dominante de la medicina alopática, así como las características y funciones a través de las cuales trata de imponer y mantener su hegemonía y sobre todo su uso.

Si bien he descripto y analizado la biomedicina en términos de formas de atención y de saber, necesito subrayar que en función de varios objetivos metodológicos que he desarrollado en varios trabajos, decidí trabajar además con el concepto de modelo. Y fue a partir de principios de la década del '70 que comencé a elaborar mi propuesta de modelos médicos y especialmente de lo que denominé *modelo médico hegemónico* (MMH)<sup>8</sup> respecto del cual he identificado, descripto y analizado alrededor de unas treinta características estructurales<sup>9</sup>, de las cuales sólo comentaré algunas que nos

8. Cuando hablo de *modelo médico hegemónico* referido a la medicina alopática, lo hago en términos de una construcción metodológica manejada en un alto nivel de abstracción, de tal manera que, como todo modelo, constituye un instrumento para la indagación de la realidad, pero no constituye la realidad.

9. He agrupado las características del MMH en siete bloques: a) concepciones teórico/ideológicas dominante (división cuerpo/alma, biologicismo, evolucionismo, énfasis en lo patológico, individualismo); b) exclusiones (ahistoricidad, a-socialidad, a-culturalidad, exclusión del sujeto); c) relación instituciones medicas/paciente (asimetría, exclusión del saber del

permitan especialmente observar ciertas tendencias que posibiliten observar las relaciones de la biomedicina con las formas de autoatención de los padecimientos.

Coincidiendo con la mayoría de los analistas del saber biomédico, considero que el primer rasgo estructural dominante de la biomedicina es el biologicismo, por lo menos a nivel ideológico/técnico, dado que es el factor que no sólo refiere a la fundamentación científica del diagnóstico y del tratamiento, sino que constituye el principal criterio de diferenciación con las otras formas de atención. Si bien el saber biomédico, especialmente en algunas de sus especialidades y orientaciones, toma en cuenta los niveles psicológicos y sociales de los padecimientos, la biomedicina en cuanto institución tiende a subordinarlos o excluirlos respecto de la dimensión biológica.

La dimensión biológica no es meramente un principio de identificación y diferenciación profesional, sino que es el núcleo de la formación profesional del médico. El aprendizaje se hace a partir de contenidos biológicos, donde los procesos sociales, culturales y psicológicos son anecdóticos, y donde no hay información sistemática sobre otras formas de atención. Es de la investigación biológica, bioquímica, genética que la biomedicina extrae sus explicaciones y sus instrumentos de atención. Esta afirmación no ignora la importancia del trabajo médico clínico cotidiano, pero éste aparece como un campo aplicativo y subordinado al campo de investigación, que es el que genera las explicaciones y el tipo de fármaco específico a utilizar por los clínicos. El paso a primer plano de la investigación genética en los últimos veinte años ha reforzado aun más esta tendencia.

Subrayo, para evitar equívocos, que al señalar el peso del biologicismo no ignoro obviamente sus aportes; ni tampoco niego el uso por parte del personal de salud de relaciones personales, incluida la dimensión psicológica, no sólo en la relación afectiva con el paciente sino también en la estrategia curativa y hasta diagnóstica, pero estas habilidades personales aparecen como secundarias desde la perspectiva de la biomedicina en términos de institución y de formación profesional.

Más aun, en las últimas dos décadas se ha desarrollado un doble curso en los funcionarios que dirigen las principales carreras de medicina en México, ya que por una parte señalan la importancia de los procesos

paciente, el paciente como construcción, medicalización de los comportamientos); d) el trabajo médico (dominio del trabajo clínico asistencial, diagnóstico y tratamiento basados en la eliminación del síntoma, concepción de la enfermedad como ruptura y desviación); e) pragmatismo médico; f) autonomía médica (profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica); y g) la enfermedad y la salud como mercancías.

sociales, de las condiciones económicas, de la prevención respecto de los procesos de s/e/a, y por otra impulsan una formación unilateralmente técnica y excluyente que contradice sus consideraciones verbales, dado que las escuelas de medicina que dirigen van a producir un profesional que no podrá enfrentar en términos profesionales lo que dichos funcionarios denuncian como objetivos incluso prioritarios.

Por lo tanto el médico, salvo el caso de una parte de los salubristas, no tiene formación profesional respecto de los procesos socioculturales y económico/políticos que inciden en la causalidad y desarrollo de los padecimientos, por lo cual si le preocupan estos procesos sólo puede actuar a través de sus habilidades personales, pero no de su formación profesional.

El biologicismo inherente a la ideología médica es uno de los principales factores de exclusión funcional de los procesos y factores históricos, sociales y culturales respecto del proceso de s/e/a, así como de diferenciación de las otras formas de atención consideradas por la biomedicina como expresiones culturales no científicas, y en consecuencia excluidas o por lo menos subalternizadas. Pero a su vez la dimensión biológica es la que el médico mejor maneja y la que le posibilita su eficacia diferencial.

A partir de estos señalamientos me interesa reflexionar sobre si el personal de salud, y especialmente el médico, considera los procesos culturales y económico/políticos como significativos para explicar la causalidad, desarrollo e intervención respecto de las enfermedades; y de ser significativos, ¿cómo los utilizaría a través del acto médico clínico para contribuir a aliviar, controlar o curar el padecimiento?

Frente a este interrogante debemos reconocer que en el nivel de la intervención la casi totalidad de los médicos dejan de lado dichos aspectos, aun reconociendo su importancia. Ya que una cosa es reconocer que la situación de extrema pobreza y marginalidad incide en la desnutrición, y otra poder operar con dichos factores a través de la intervención clínica, más allá de un proceso de rehabilitación que frecuentemente no puede evitar la recidiva, a menos que haya un mejoramiento de las condiciones de vida y de alimentación generado por el desarrollo y distribución socioeconómicos, o por lo menos que existan programas de alimentación complementaria o contra la pobreza que incluyan acciones antidesnutricionales pero no en términos episódicos sino a través de una cierta continuidad en el tiempo.

Prácticamente ningún médico ignora esta situación, y si bien puede asumir la importancia de factores como la extrema pobreza en el desarrollo y mantenimiento de problemas de salud, a nivel técnico e institucional su manejo de estos aspectos es, por decirlo suavemente, limitado, y más allá de que tenga o no formación profesional que le permita tener una visión social

de los problemas de salud. Más aun en el caso de la práctica privada, especialmente de las grandes corporaciones médicas, el manejo de estos aspectos sociales, económicos y culturales quedan excluidos. Y en el caso de las instituciones oficiales dependerá de la existencia de programas específicos, pero donde el trabajo médico es exclusivamente clínico, y dentro de él tampoco se manejan los factores y procesos señalados, por lo menos en el caso mexicano.

Esta orientación la podemos observar a través de los aspectos más decisivos del trabajo médico. Desde por lo menos la década del '50 diferentes tendencias de la psicología, de la sociología, de la antropología y especialmente de la biomedicina vienen señalando la importancia de la relación médico/paciente, para el diagnóstico y para el tratamiento, y en consecuencia la necesidad de mejorarla, de hacerla más simétrica, de incluir no sólo la palabra del paciente sino sus referencias socioculturales, dado que las mismas tienden a ser excluidas por la mayoría de los médicos. De allí que parte del mejoramiento de la calidad de los servicios médicos está depositada justamente en la modificación de aspectos de la consulta. De esto son conscientes gran parte de los médicos, y reiteradamente se propone la necesidad de mejorar dicha relación, incluyendo el dar más tiempo a la palabra del paciente.

Dentro del campo antropológico se ha desarrollado una corriente liderada por médicos de formación antropológica que desde los años '70 y sobre todo desde los '80 vienen proponiendo la necesidad de que el médico no sólo posibilite que el paciente narre su enfermedad, sino que además aprenda a decodificar cultural y medicamente el significado de dichas narrativas. Esta propuesta tiene sus dos principales centros de influencia en las escuelas de medicina de Harvard y de Berkeley, y ha implicado el desarrollo de un programa especial de formación de médicos dentro de esta concepción (Good y Del Vecchio Good, 1993).

Pero debemos recordar que, más allá de algunas particularidades, esta propuesta reitera lo señalado por diferentes corrientes antropológicas, y por supuesto biomédicas, desde por lo menos la década del '20; y subrayo lo de reiteración, porque dicha propuesta opera más en el plano de la reflexión teórica, de las experiencias universitarias y de algunos grupos especiales que en el plano de los servicios de salud, los cuales –por lo menos en algunos aspectos significativos– suelen orientarse en un sentido inverso de lo recomendado por los que analizan y reflexionan sobre la relación médico/paciente y su papel dentro de los servicios de salud oficiales y/o privados.

La observación de sistemas de salud como el británico o el mexicano nos indica que pese a reconocer las críticas señaladas respecto de las características

dominantes en la relación médico/paciente y la necesidad de revertir la orientación de los servicios de salud, lo que se desarrolla en los hechos es una tendencia a reducir cada vez más el tiempo de la relación médico/paciente y especialmente el tiempo dado a la palabra del paciente. Es decir que se potencian la tendencia histórica de la biomedicina para establecer una relación asimétrica, y las dinámicas institucionales actuales, que tienden a reforzar dicha orientación de la biomedicina más allá de los discursos y reflexiones de analistas médicos, de los científicos sociales y de las propias autoridades sanitarias. Así, por ejemplo en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que da atención a cerca del 50% de la población mexicana, la media actual del tiempo de la segunda consulta y de las subsecuentes es de cinco (5) minutos o aun menos<sup>10</sup> (Menéndez, 1990b; Salas, 1997).

La relación médico/paciente se caracteriza, especialmente en el primer nivel de atención pero también a nivel de especialidades, por la duración cada vez menor del tiempo de la consulta, por reducir cada vez más la palabra del paciente, pero también por reducir cada vez más la palabra del propio médico. En la mayoría de las instituciones médicas oficiales mexicanas ya no se realizan historias clínicas en el primer nivel de atención o han sido reducidas a enumerar algunos datos económico/demográficos y algunas características del tratamiento –generalmente la enumeración de los tipos de fármacos y de las dosis prescritas– consignándose muy escasa información de tipo diagnóstica y de evolución del padecimiento.

La anamnesis médica casi ha desaparecido pese al reconocimiento técnico de su utilidad; y así, por ejemplo, varios de los principales especialistas en alcoholismo a nivel mexicano e internacional, como Velazco Fernández o G. Edwards, consideran decisiva la profundización de la indagación clínica especialmente para el paciente con alcoholismo crónico y/o dependiente, proponiendo incluso la necesidad de desarrollar en el médico habilidades clínicas y existenciales especiales. Pero reconociendo que ya no es posible realizarlas, pese a subrayar, sobre todo en el caso de Edwards, que la anamnesis médica es decisiva para establecer un buen diagnóstico y orientar eficazmente el tratamiento.

Antes de seguir con este análisis quiero indicar que no estoy proponiendo ningún lamento por formas perdidas de "humanismo médico", sino señalar algunas tendencias actuales de la biomedicina, que desarrollan aspectos contrarios o divergentes a los que las ciencias sociales y sobre todo

10. Existen, por supuesto, orientaciones biomédicas que proponen otras formas de relación médico/paciente que posibilitan una mayor expresión de la palabra del paciente, pero que no desarrollaremos en este trabajo.

la propia biomedicina, consideran como óptimos en términos de la calidad de la atención.

Por lo tanto, observamos la reducción del tiempo de la relación médico/paciente a través de la propia trayectoria histórica de la biomedicina, trayectoria que además indicaría que el médico ha ido abdicando cada vez más de su propia capacidad y posibilidad de detectar y analizar síntomas –y no sólo signos– respecto de los padecimientos, al referirlos cada vez más a indicadores objetivos. Actualmente la posibilidad de establecer diagnósticos y tratamientos no se deposita en el análisis de los síntomas, ni en los signos detectados por el “ojo” y “mano” clínicos, sino en los signos producidos por los diferentes tipos de análisis, es decir por pruebas objetivas, lo cual ha tenido consecuencias no sólo para la relación médico/paciente sino también para la identificación profesional del médico consigo mismo (Reiser, 1978).

La trayectoria de la biomedicina entre fines del siglo XIX y la actualidad se caracteriza por el paso de la hegemonía del síntoma focalizada en la palabra del paciente, a la hegemonía del signo expresada cada vez más unilateralmente por el peso de las “pruebas objetivas”.

Subrayo, para evitar malas interpretaciones, que no niego ni rechazo la importancia de contar con indicadores diagnósticos objetivos, sino que estoy analizando las implicaciones que el desarrollo de determinados procesos pueden tener para la biomedicina, para la relación médico/paciente y para la autoidentificación profesional del médico, los cuales no pueden ser realmente reflexionados y comprendidos si no se incluye la dimensión histórica, que sin embargo aparece excluida frecuentemente de la reflexión y de la acción médicas. Y justamente la a-historicidad es otra de las características básicas del saber médico.

La exclusión de la dimensión histórica del saber médico adquiere características especiales si la referimos a lo que actualmente es el núcleo de la relación médico/paciente, es decir la prescripción del tratamiento, que en gran medida es la prescripción de medicamentos.

Desde la perspectiva que estamos desarrollando, la inclusión de la dimensión histórica posibilitaría observar los beneficios de la prescripción de determinados fármacos para el abatimiento o control de determinados padecimientos, pero también los efectos negativos de los mismos, tanto en términos de un uso inmediato que evidencia una determinada eficacia, como en términos de un uso prolongado que evidencia que dicha eficacia es momentánea, o que su aplicación podría generar más problemas que su no utilización. Estos procesos no aparecen incluidos en la formación profesional ni en la práctica médica como aspectos reflexivos de su intervención, de tal manera que se genera un efecto interesante en la relación médico/paciente,

según el cual el personal de salud suele achacar a la ignorancia, falta de educación y/o desidia de la población lo que por lo menos en determinados casos fue consecuencia de un determinado uso médico original que la gente aprendió en forma directa o indirecta a través del propio personal de salud.

Una simple y no demasiado profunda indagación histórica posibilitaría observar que algunas formas incorrectas de utilizar los antibióticos, el disulfirán o el clorofenicol durante el lapso 1940-1960, los pacientes las aprendieron del personal de salud. Que el amamantamiento al seno materno fue cuestionado por las instituciones médicas, incluso a nivel de sus organizaciones internacionales, durante las mismas décadas, sobre todo por razones de higiene, e influyó junto con otros factores en el reemplazo de la leche materna por las fórmulas lácteas.

Además, como sabemos, el consumo de ciertas drogas psicotrópicas actualmente consideradas adictivas fue facilitado por tratamientos médicos, incluso desde la primera infancia. Los jarabes conteniendo codeína, la expansión del consumo de ritalina y el uso indiscriminado de diazepam en instituciones médicas oficiales mexicanas, no deberían desconetarse del incremento del consumo de sustancias consideradas adictivas.

La aplicación de la dimensión histórica posibilitaría observar la gran cantidad de éxitos farmacológicos generados desde la biomedicina, pero también la cantidad de usos incorrectos que la población aprendió directa o indirectamente de la intervención médica, entre ellos el de la polifarmacia. Si bien este aspecto lo retomaremos luego, al hablar de la automedicación, me interesa subrayar la exclusión de la dimensión histórica porque dicha exclusión cumple varias funciones, entre ellas favorecer la omisión no sólo de los efectos negativos de la prescripción médica, sino de su notoria influencia en el uso de la automedicación por la población. Lo cual, y lo recuerdo, no es un hecho del pasado, sino que sigue vigente, como es el caso del mal uso de antibióticos por parte del personal de salud en los tratamientos de gastroenteritis, lo que ha sido observado reiteradamente a través de estudios realizados recientemente en países subdesarrollados y desarrollados.

Por último, y como expresión privilegiada de lo que estamos señalando, la a-historicidad posibilita dejar de lado uno de los procesos más trabajados por las ciencias sociales, la psiquiatría crítica y en menor medida la medicina social: el denominado proceso de medicalización, al cual ya nos hemos referido. Dicho proceso, primero a través de padecimientos psiquiátricos y luego de enfermedades crónico/degenerativas y de “violencias”, ha evidenciado –entre otros procesos– la capacidad de la biomedicina para construir (inventar) síndromes que dan lugar no sólo a la elaboración de criterios

diagnósticos y de historias naturales de las enfermedades, sino también a la propuesta de tratamientos en gran medida basados en medicamentos.

Como ya lo señalamos, los procesos de medicalización fueron intensamente estudiados desde los años '50 y especialmente desde los '60 hasta la actualidad, y si bien observamos énfasis diferentes a lo largo de dicho período, existe sin embargo una notable continuidad en poner de manifiesto que determinadas enfermedades han sido construidas por el propio saber médico, o por lo menos se acentuaron rasgos de las mismas para justificar intervenciones por razones económicas, de control profesional o de control político.

Desde los trabajos antipsiquiátricos que plantearon "la manufactura de las enfermedades mentales" hasta las "disease mongering" actuales, pasando por las internaciones psiquiátricas forzadas aplicadas en la antigua URSS, las intervenciones quirúrgicas innecesarias o los padecimientos inventados o hipertrofiados como la hiperkinesia infantil, observamos una línea dominante, que no sólo fue descrita por científicos sociales, sino también, en gran medida por médicos clínicos.

Durante los '90 y los primeros años de 2000 se han subrayado especialmente los aspectos económicos del proceso de medicalización, describiendo la patologización y medicalización de comportamientos cotidianos, y la conversión de factores de riesgo en cuasi-enfermedades que en ambos casos requieren de tratamientos específicos, especialmente de tipo farmacológico.

Esta corriente de estudios ha dado lugar a la acuñación, a fines de los '90 del término "disease mongering", que ha sido traducido al español como "tráfico de enfermedades inventadas" o "negocio de enfermedades inventadas". Si bien este tipo de "enfermedades" ha sido impulsado por la industria químico-farmacéutica, no cabe duda que la biomedicina tanto a nivel privado como oficial tiene un papel determinante en su legitimación, expansión y uso. Son médicos los que han "inventado" –o si se prefiere reorganizado– criterios diagnósticos e indicadores de riesgo, y son médicos los que diagnostican dichos padecimientos y prescriben medicamentos –o intervenciones quirúrgicas– específicos.

Como ya indicamos, uno de los mecanismos más utilizados en la actualidad para medicalizar comportamientos es el de establecer umbrales de riesgo cada vez menores respecto de los niveles de glucosa o de colesterol, lo cual se traduce en la necesidad de prevenir a través de medicamentos, en forma cada vez más temprana, constituyéndose no sólo en parte de las prácticas privadas de atención, sino en parte de las políticas de las instituciones oficiales, como lo hemos podido observar en México a través de las políticas

y actividades preventivas aplicadas especialmente a partir de 2003/2004. De tal manera que pacientes que hasta ahora no eran considerados diabéticos o con problemas cardíacos en función de los indicadores de riesgo que se manejaban biomédicamente, siguen sin ser considerados "enfermos", pero se les recomienda preventivamente desarrollar ciertas conductas saludables y también utilizar determinados medicamentos.

La revisión histórica de estos procesos de medicalización evidencia que los mismos generan construcciones profesionales "innecesarias" desde el punto de vista del paciente; que dichas propuestas y acciones son parte de los procesos de hegemonía/subalternidad que se juegan a través de las instituciones biomédicas, así como tienen que ver con procesos económico/financieros en los cuales están coludidas las empresas químico/farmacéuticas, las corporaciones médicas empresariales y frecuentemente el sector salud. Pero además dichos procesos deben ser descriptos y analizados para entender los tipos de autoatención –incluida la automedicación– que son usados por los pacientes.

Tal vez los aspectos más excluidos por la biomedicina son los que corresponden al campo cultural; si bien el personal de salud suele reconocer la significación de la pobreza, del nivel de ingresos, de la calidad de la vivienda o del acceso al agua potable como factores que inciden en el proceso de *s/e/a*, sobre todo en los últimos años ha disminuido no tanto el reconocimiento sino la inclusión de los factores religiosos o de las creencias populares respecto del proceso de *s/e/a* por parte de la biomedicina.

Mientras hace unos cuarenta o cincuenta años sobre todo la orientación salubrista reparaba en la importancia de los factores culturales generalmente como mecanismos negativos o como procesos que indicaban determinadas tendencias patologizantes en un grupo social determinado, en la actualidad dichos factores han sido cada vez más excluidos de las acciones prácticas. En las décadas del '40, '50 y '60 una parte del salubrismo reconocía que ciertas creencias culturales podían oponerse a la expansión biomédica, idea que opera en la actualidad, por ejemplo, respecto de los programas de planificación familiar o respecto del uso de protecciones en las relaciones sexuales; pero mientras en dichas décadas se pensaba en cómo modificar culturalmente los saberes populares, actualmente se piensa a través de qué mecanismos administrativos y médicos puede generarse esta modificación, para lo cual se proponen diferentes estrategias que van desde la estimulación económica al equipo de salud para elevar el número de mujeres "controladas", que incluye la aplicación de esterilizaciones femeninas y en menor medida masculinas frecuentemente sin consentimiento informado, hasta la aplicación de programas contra la pobreza donde la planificación familiar

aparece como uno de los objetivos básicos de la solución de la misma o por lo menos de reducción de algunas características consideradas simultáneamente como su efecto/causa. Es decir que el equipo de salud y/o el de desarrollo social, más que actuar sobre las condiciones culturales, opera a través de acciones médicas que incluyen la estimulación económica.

La dimensión cultural es cada vez menos utilizada salvo respecto de ciertos padecimientos, aunque debe subrayarse que los que más se suele tomar en cuenta son los procesos sociales y no los culturales, aun en el caso del VIH-sida o de las adicciones. En las décadas del '50 y '60 toda una corriente epidemiológica se preocupó por detectar y establecer en América Latina cuáles eran los patrones culturales de consumo de sustancias adictivas, que en aquella época se centraban básicamente en el alcohol, lo cual contrasta con las tendencias epidemiológicas actuales respecto de las adicciones –incluido el alcohol–, donde esta orientación ha desaparecido y no ha sido reemplazada por ninguna otra búsqueda de factores y procesos culturales.

Pero en el caso de México además observamos que por lo menos una parte de los epidemiólogos especializados en adicciones hablan de la importancia de los comportamientos culturales para la prevención de determinado problema, pero sin generar las investigaciones para obtener este tipo de información, y menos aun la aplicación de acciones de tipo cultural (Menéndez, 1990b; Menéndez y Di Pardo, 1996, 2003).

No obstante, es importante subrayar que tanto hace cuarenta años como en la actualidad la biomedicina utilizó y utiliza la dimensión cultural sobre todo para evidenciar aspectos negativos de la población. Tiende a señalar como los factores culturales favorecen el desarrollo de padecimientos o se oponen a prácticas biomédicas que podrían abatirlos o por lo menos reducirlos, pero no se incluyen las formas de atención "culturales" que podrían ser utilizadas favorablemente para abatir los daños. Si bien el uso de algunas de estas formas de atención, sobre todo las consideradas "tradicionales", fue propuesto por las estrategias de atención primaria y se han generado investigaciones al respecto, las mismas en el caso de México han sido escasamente impulsadas por el sector salud, salvo en contextos específicos y reducidos, y sobre todo en función de una concepción de ampliación de cobertura a bajo costo y para poblaciones marginales rurales.

Es a través de tomar en cuenta los procesos y factores culturales que podemos observar la existencia de otras formas de atención de la enfermedad, cuyas principales diferencias radican no sólo en el tipo de técnicas utilizadas sino también en el sentido y significado cultural con que se las utiliza, residiendo en ello gran parte de su función cultural más allá de su eficacia específica.

Podría seguir enumerando otros rasgos de lo que denomino modelo médico hegemónico, a través de los cuales observar procesos que explican el distanciamiento, subordinación, exclusión o negación de otros saberes y formas de atención por parte de la biomedicina, pero para concluir me referiré a una característica a través de la cual la biomedicina se diferencia con fuerza de la mayoría de las otras formas de atención. Y me refiero a su identificación con la racionalidad científica, expresada sobre todo a través de la ya citada dimensión biológica. Es en este rasgo donde se sintetiza, a través de la autoidentificación profesional con "la ciencia", la exclusión de las otras formas identificadas justamente con criterios no científicos y con la dimensión cultural. Si bien la eficacia, la eficiencia o las condiciones de atención de la biomedicina constituyen criterios importantes, el criterio decisivo refiere a la racionalidad científico/técnica.

El conjunto de las características –y de las funciones– del MMH, y no cada característica en sí misma, tiende a establecer una relación de hegemonía/subalternidad de la biomedicina respecto de las otras formas de atención no biomédicas, de tal manera que tiende a excluirlas, ignorarlas o estigmatizarlas aunque también a una aceptación crítica o incluso a una apropiación o a un uso complementario sobre todo de ciertas técnicas, pero siempre con carácter subordinado.

Reitero que no niego la importancia de la investigación biomédica, ni los aportes de la farmacología, ni la capacidad de detección diagnóstica a través de pruebas e indicadores objetivos, sino que lo que me interesa señalar es que los usos de estas y otras características e instrumentos contribuyen a excluir, negar o secundarizar los otros saberes y formas de atención no biomédicos a través de criterios que sólo refieren a la dimensión científica del proceso de s/e/a<sup>11</sup>.

Este proceso adquiere un cariz especial en el caso de las relaciones que se establecen entre la biomedicina y la autoatención de los padeceres, ya que a través de dichas relaciones se generan con mayor frecuencia conflictos tanto a nivel de la relación médico/paciente como de la relación sector salud/conjuntos sociales. Lo cual ocurre por dos razones básicas; porque la autoatención es la forma de atención a la enfermedad más frecuentemente utilizada por los grupos sociales, y porque la autoatención es parte de la mayoría de los usos de las otras formas de atención, y en particular de la atención biomédica.

11. Es obvio que en este proceso de secundarización y exclusión inciden factores de tipo ocupacional y de competencia en el mercado.

Estas afirmaciones, que sustentan a través de nuestras propias investigaciones y de estudios desarrollados por otros investigadores orientados por este enfoque, parten de considerar la autoatención a través de toda una serie de características que analizaré más adelante, pero sobre todo de observarla como proceso, lo cual se diferencia de las investigaciones generadas desde la biomedicina que la consideran como una entidad en sí y sólo referida a actividades muy específicas, lo cual conduce a un notorio subregistro de las actividades de autoatención incluso en sus investigaciones sobre este proceso, y a no captar su papel constante y frecuentemente decisivo en el proceso de articulación de las diferentes formas de atención y especialmente con la biomedicina.

## Autoatención como proceso estructural

La autoatención constituye una de las actividades básicas del proceso salud/enfermedad/atención, siendo la actividad nuclear y sintetizadora desarrollada por los sujetos y grupos sociales respecto de dicho proceso. La autoatención constituye una actividad constante aunque intermitente desarrollada a partir de los propios sujetos y grupos en forma autónoma o teniendo como referencia secundaria o decisiva a las otras formas de atención. La autoatención puede ser parte de las acciones desarrolladas por las otras formas de atención, dado que frecuentemente es un paso necesario en la implementación de las mismas.

Por autoatención nos referimos a las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando éstos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención; de tal manera que la autoatención implica decidir la autoprescripción y el uso de un tratamiento en forma autónoma o relativamente autónoma. Es decir que la autoatención refiere a las representaciones y prácticas que manejan los sujetos y grupos respecto de sus padeceres, incluyendo las inducidas, prescriptas o propuestas por curadores de las diferentes formas de atención, pero que en función de cada proceso específico, de las condiciones sociales o de la situación de los sujetos conduce a que una parte de dicho proceso de prescripción y uso se autonomice, por lo menos en términos de autonomía relativa.

Pero la autoatención puede ser pensada en dos niveles, uno amplio y otro restringido. El primer nivel refiere a todas las formas de autoatención

que se requieren para asegurar la reproducción biosocial de los sujetos y grupos a nivel de los microgrupos y especialmente del grupo doméstico. Formas que son utilizadas a partir de los objetivos y normas establecidos por la propia cultura del grupo. Desde esta perspectiva podemos incluir no sólo la atención y prevención de los padecimientos, sino también las actividades de preparación y distribución de alimentos, el aseo del hogar, del medio ambiente inmediato y del cuerpo, la obtención y uso de agua, etc., etc., etc. Son parte de la autoatención el aprendizaje de la relación con la muerte en los diferentes términos prescriptos por cada cultura, que pueden incluir el cuidado del sujeto moribundo, el ayudar a morir, o el manejo del cadáver en función del sistema de creencias. La autoatención tal como la estamos definiendo, más allá de que ciertos actos se expresen fenoménicamente a través de individuos, refiere a microgrupos y especialmente a aquellos que más inciden en los procesos de reproducción biosocial y que incluyen sobre todo al grupo doméstico, pero también al grupo de trabajo, al grupo de adolescentes, etc., etc., etc.

La definición restringida refiere a las representaciones y prácticas aplicadas intencionalmente al proceso de *s/e/a*. Por supuesto que es difícil establecer un claro corte entre algunas actividades de la autoatención en sentido amplio y en sentido restringido, pero debemos asumir que este corte —como casi todo corte de tipo metodológico— opera como un mecanismo de ordenamiento de la realidad, y que en consecuencia dicho corte excluye —por supuesto que metodológicamente— determinados hechos, como por ejemplo la permeabilidad entre diferentes tipos de actividades. Desde una perspectiva procesual, por ejemplo, la crianza de los hijos supone desarrollar y aplicar saberes a toda una serie de aspectos de la realidad (amamantamiento, otros tipos de alimentación, aseo, control de esfínteres, formas de descanso incluidas las horas y tiempos de sueño, aprendizaje de relaciones microgrupales básicas, y un espectro enorme de otros comportamientos), y varios de estos comportamientos refieren en forma general o específica a procesos de *s/e/a* pero entramados a través de los mismos saberes.

Por lo tanto, el corte metodológico, si bien suele ser arbitrario, posibilita concentrarnos justamente en la autoatención de tipo restringida, pues es la que nos interesa analizar, pero a partir de asumir que en los procesos concretos aparecerán incluidos aspectos de la autoatención ampliada.

La autoatención suele ser confundida o identificada por la biomedicina exclusivamente con la automedicación, es decir con la decisión más o menos autónoma de utilizar determinados fármacos para tratar determinados padecimientos sin intervención directa y/o inmediata del médico o del personal de salud habilitado para ello. Pero la automedicación sólo es parte

de la autoatención, y el haber reducido la autoatención a automedicación es justamente un efecto del saber biomédico, como veremos luego.

Además, desde nuestra perspectiva, consideramos que la automedicación no refiere sólo a la decisión de utilizar determinados tipos de fármacos desarrollados por la industria químico/farmacéutica (IQF), sino a todas las sustancias (infusiones de hierbas, alcohol, marihuana, etc.), así como otras actividades de muy diferente tipo (cataplasmas, ventosas, masajes, etc.), que son elegidas y usadas por los sujetos y microgrupos con autonomía relativa para actuar respecto de sus padeceres o para estimular determinados comportamientos. Por su parte la biomedicina piensa la automedicación casi sólo a través de los fármacos producidos por la industria químico/farmacéutica (IQF), la cual si bien actualmente es una de las prácticas más extendidas de automedicación en numerosos grupos sociales, no por ello la automedicación refiere exclusivamente a éstos, sino que forma parte de las diferentes actividades de autoatención.

Otro término que se utiliza como equivalente de autoatención es el de "autocuidado", desarrollado desde la biomedicina y desde el salubrisimo especialmente a partir del concepto estilo de vida, de tal manera que por autocuidado se suelen entender las acciones desarrolladas por los individuos para prevenir el desarrollo de ciertos padecimientos y para favorecer ciertos aspectos de salud positiva. El uso de este concepto por el sector salud es marcadamente individualista, y se diferencia del de autoatención, que si bien incluye la experiencia y trayectoria de los sujetos tiene un carácter grupal y social por lo menos en términos referenciales. Considero que el concepto de autocuidado es una variante del de autoatención impulsado a través de determinadas ideologías no sólo técnicas sino también sociales que sólo toman en cuenta al individuo. Desde mi perspectiva, las actividades de automedicación y de autocuidado son parte del proceso de autoatención pero no su equivalente, ya que autoatención no sólo constituye el concepto y proceso más inclusivo, sino que aun refiriéndose a un sujeto tiene siempre como referencias entidades grupales<sup>12</sup>.

12. Para algunos autores el autocuidado tendría implicaciones preventivas o de potencializar la salud en términos de la denominada "salud positiva", mientras que la autoatención referiría a acciones de tipo asistencial. Personalmente considero que tanto la autoatención como el autocuidado pueden desarrollar ambos tipos de actividades, y la diferencia radica en el énfasis dado a lo individual por las propuestas de autocuidado, y la orientación hacia la salud colectiva que caracteriza la propuesta de autoatención. Para los que utilizan el concepto de autocuidado es el estilo de vida individual el que posibilitaría reducir o eliminar las conductas de riesgo respecto de fumar tabaco, beber alcohol o comer carnes rojas, pero esta concepción del autocuidado y del estilo de vida suelen excluir las condiciones socioeconómicas de vida que hacen posibles reducir dichos riesgos.

Como ya señalé, la biomedicina critica y se opone a la autoatención casi exclusivamente en términos de automedicación. El personal de salud considera casi unánimemente que la automedicación es negativa o perniciosa; que es producto de la falta de educación o de la ignorancia, y tiende a identificarla como un comportamiento de los estratos sociales más bajos. Dicha evaluación surge generalmente de la propia experiencia clínica o de la tradición oral institucional, así como de la posición del sector salud frente a la automedicación, pero no de investigaciones sistemáticas sobre lo negativo o beneficioso de la automedicación. En los países europeos y americanos contamos con muy escasas investigaciones al respecto<sup>13</sup>.

En general la biomedicina y el sector salud sólo han señalado los efectos negativos de la automedicación, denunciando recurrentemente su papel en el desarrollo de resistencias al efecto de ciertos medicamentos sobre los vectores de determinados padecimientos o las consecuencias cancerígenas —o de otro tipo— debido al uso indiscriminado de sustancias como el clorofenicol. No obstante, casi no existen investigaciones, especialmente estudios de seguimiento de actividades de automedicación en el caso de las enfermedades crónicas, para establecer si realmente la automedicación tiene consecuencias negativas o positivas. Si bien la crítica a la automedicación es relativamente antigua, la misma se ha incrementado en las últimas décadas debido a que habría aumentado la automedicación con fármacos, y a que una parte de éstos tendrían consecuencias más negativas que los fármacos antiguos dadas las características "más agresivas" de las sustancias que los constituyen, a la especificidad del medicamento y a un uso cada vez más indiscriminado<sup>14</sup>.

Pero más allá de que los cuestionamientos biomédicos sean o no correctos, me interesa subrayar la visión unilateralmente negativa de la biomedicina hacia la autoatención y automedicación, así como la noción de que la misma se ha incrementado, lo cual contrasta con las numerosas actividades de autoatención que impulsó y sigue impulsando el sector salud. Considero que la biomedicina ha desarrollado una relación contradictoria y escotomizante respecto del proceso de autoatención, dado que por una parte lo

13. En nuestra revisión de la bibliografía generada respecto del autocuidado, automedicación y autoatención para los lapsos 1951-1980 y 1981-2000 detectamos muy escasos trabajos sobre autoatención desde la perspectiva que estamos desarrollando. La mayoría consideran a la automedicación como práctica popular negativa y desconectada de la biomedicina y del SS.

14. Es obvio que la alta peligrosidad de algunos medicamentos no es sólo una cuestión reciente, dado que algunos fármacos de antigua elaboración eran simultáneamente medicinas y venenos, dependiendo dicha consecuencia de la dosis consumida.

cuestiona en términos de automedicación, mientras por otra impulsa constantemente actividades de autocuidado y de otras formas de autoatención.

Para evaluar lo señalado voy a precisar algunos aspectos del proceso de autoatención que posibilite entender lo que estoy proponiendo. En primer lugar considero a la autoatención como un proceso estructural, constante aunque en continuo proceso de modificación. Dicho carácter estructural –observado especialmente a nivel de sujetos y microgrupos– deviene de algunos hechos básicos.

El primero es que la autoatención constituye uno de los procesos básicos para asegurar el proceso de producción y reproducción biosocial y sociocultural de los sujetos y grupos, lo cual puede observarse especialmente a través de los procesos de s/e/a. Todo pequeño grupo, y en particular el grupo doméstico, se caracteriza por la frecuencia, recurrencia y continuidad de episodios de enfermedades, padeceres, daños y/o problemas que afectan la salud de uno o más miembros de dichos microgrupos. La mayoría de estos episodios son leves, agudos y transitorios, y pueden hallar solución o por lo menos alivio a través de las acciones de los miembros del grupo. Junto a estos padecimientos siempre han existido enfermedades crónicas que para que no se traduzcan en muerte prematura requieren que el sujeto y su microgrupo se constituyan en partes activas del proceso de atención, dado que sobre todo para algunos padecimientos la autoatención es decisiva para la sobrevivencia y/o para la calidad de vida del sujeto enfermo.

El núcleo de la existencia y continuidad de la autoatención refiere a la frecuencia de padeceres agudos de muy diferente tipo, a la existencia e incremento de enfermedades crónicas físicas y mentales, a la búsqueda de estimulaciones psicofísicas con diferentes objetivos, de tal manera que toda sociedad necesita desarrollar saberes específicos a nivel de los grupos donde emergen estos padecimientos o estos objetivos de vida, estableciendo incluso una división del trabajo especialmente en el grupo familiar donde la mujer en su rol de esposa/madre es la que se hace cargo del proceso de s/e/a de sus miembros.

La mujer es la encargada de diagnosticar el padecimiento, de manejar por lo tanto indicadores diagnósticos, de establecer una evaluación de la gravedad o levedad del caso. Desarrolla nociones sobre la evolución de los padeceres, así como frecuentemente sobre la variedad estacionaria de determinadas enfermedades. Será ella la que implemente los primeros tratamientos, así como decidirá por su cuenta o de acuerdo con otros miembros del grupo familiar la demanda de atención, que puede iniciar por la consulta con personas de su inmediato espacio social, y continuar con el tipo de curador considerado más adecuado, y cuya consulta dependerá de

los recursos económicos y culturales del grupo, y de la infraestructura de servicios existente<sup>15</sup>.

La autoatención casi siempre es la primera actividad que el microgrupo realiza respecto de los padeceres detectados, y esa actividad no incluye inicialmente ningún curador profesional, aun cuando pueda inicialmente consultar a algún miembro de los actores familiares y sociales (vecinos, compañeros de trabajo) inmediatos, pero que no desempeña ninguna actividad como curador profesional.

Es a partir de lo que acontece en la autoatención y por supuesto en la evolución del padecimiento, así como en función de las condiciones socioeconómicas y culturales ya señaladas, que el sujeto y su microgrupo deciden consultar o no a curadores profesionales de una de las formas de atención que reconocen y aceptan, y por supuesto a las que pueden acceder en términos económicos, pero también socioculturales.

La decisión de ir a consultar a un curador profesional, y una parte de las actividades que se realizan luego de la consulta, constituyen también parte del proceso de autoatención. Luego de la primera consulta puede decidirse la consulta inmediata o postergada con otro curador del mismo tipo o de otra forma de atención, y esta decisión, al igual que lo que ocurre luego de la consulta, también es parte de este proceso.

La decisión de consultar curadores profesionales se hace desde determinados saberes y determinadas experiencias que van a incidir en el tratamiento y en la relación curador/paciente. El sujeto y su grupo pueden consultar a uno o más curadores y servicios, pero siempre a partir del núcleo de autoatención. De allí que la autoatención no debe ser pensada como un acto que los sujetos y grupos desarrollan aislada y autónomamente, sino como un proceso transaccional entre éstos y las diferentes formas de atención que operan como sus referentes. Más aun será el sujeto y su grupo los que a través de la carrera del enfermo articulen, a partir de las características de cada grupo y de cada padecer, las diferentes formas de atención pero en función de esta experiencia.

Es el proceso de autoatención el que articula las formas existentes, más allá de que éstas tengan interacciones directas entre sí. La mayoría de las formas de atención, incluida la biomédica, permanecen frecuentemente ignorantes de una carrera del enfermo que articula diferentes formas y hasta

15. Subrayo que lo que describo es la fenomenología de la autoatención al interior del grupo doméstico, según la cual en todos los contextos sociales la autoatención se desarrolla sobre todo a través de la mujer en su rol de esposa/madre. Esta descripción no pretende perpetuar esta situación, sino indicar que así opera en la realidad actual.

sistemas de atención con el objetivo de hallar una solución a sus problemas. Esto es en gran medida debido a que la realidad social es pensada y analizada como acto y no como proceso; la autoatención es potencialmente siempre parte de un proceso que incluye los actos no sólo de los sujetos y microgrupos, sino también de los diferentes curadores que intervienen en dicho proceso. La tendencia a-relacional que ha dominado el estudio del proceso salud/enfermedad/atención tiende a colocar el acento sobre cada actor en sí, en lugar de colocarlo sobre el proceso relacional que incluye todos los actores significativos que intervienen.

El conjunto de las actividades y articulaciones que estoy señalando se dan potencialmente en todo grupo y sujeto más allá de su nivel educacional y económico, aunque estos y otros factores –como ya vimos– inciden en las características específicas que tendrá el proceso de atención. No cabe duda que la gravedad o agravamiento de una enfermedad, su complejidad, la necesidad de aplicar tecnologías sofisticadas, la existencia o no de cobertura de las diferentes formas de atención y la pertenencia a algún sistema de seguridad social incidirán en el tipo de atención y autoatención desarrollado. Tampoco cabe duda respecto de que los factores económicos inciden en la automedicación, pero sin constituir el factor determinante de la misma, como sostienen numerosos autores.

Considero que la autoatención se constituye estructuralmente no sólo por las razones señaladas, sino porque implica la acción más racional, en términos culturales, de estrategia de supervivencia e incluso de costo/beneficio no sólo de tipo económico sino también de tiempo por parte del grupo, en la medida que asumamos en toda su envergadura la incidencia y significación que tienen para su vida cotidiana la frecuencia y recurrencia de los diferentes tipos de padeceres que amenazan real o imaginariamente a los sujetos y microgrupos.

Desde esta perspectiva y para tener noción cabal de lo que estamos proponiendo, debo precisar que cuando hablamos de padeceres nos estamos refiriendo a una extensa variedad que va desde dolores episódicos de cabeza, dolores musculares leves, temperaturas poco elevadas, resfríos o escozores transitorios, pasando por dolores del alma, estados de tristeza, ansiedades, o pesares momentáneos. Toda una serie de dolores devenidos de golpes, accidentes o relaciones sociales operan durante parte del día o la semana en algunos de nosotros. Es decir que hay toda una serie de padeceres que el sujeto experimenta y autoatiende de alguna manera a través de cada día. Respecto de estos padeceres, puede no hacer nada, o sólo hablarlo con alguien, dejando que el trascurso del tiempo los solucione, lo cual también es parte de las acciones de autoatención. Todos estos padeceres

son atendidos y solucionados a través de la autoatención, a menos que se agraven o que su reiteración y/o continuidad preocupe al sujeto y su grupo. Debemos recordar que en la primera infancia algunas enfermedades gastrointestinales y respiratorias agudas, así como algunos padecimientos populares y tradicionales, son constantes, y también tienden a ser atendidos al interior del grupo, y sólo se pasa a consulta con un curador cuando cobran determinado nivel de gravedad establecido por el propio grupo.

Pero además de estos padecimientos el paso a primer plano de las enfermedades crónico/degenerativas y de las invalideces ha conducido a que parte del tratamiento de las mismas sea implementado por el enfermo y/o por su grupo, dado que si no lo hacen se reducirá significativamente su esperanza de vida. De tal manera que la mayoría de las acciones respecto de los padecimientos agudos y crónicos se realizan en forma autónoma o articulada con otras formas de atención, a través de la autoatención.

El conjunto de estas acciones supone la existencia de un saber respecto del proceso de s/e/a dentro de los microgrupos y especialmente de los grupos domésticos, que más allá de lo erróneo o correcto de sus explicaciones causales, diagnósticos provisionarios o tipo de tratamiento, implica sobre todo la existencia de este saber, que se ejercita constantemente a través de diferentes tipos de padeceres, y es a partir de este saber que se establecen las relaciones transaccionales con las otras formas de atención. Cuando un sujeto va al médico, a un quiropráctico, a una curandera o a un sanador “*new age*”, va generalmente con un diagnóstico provisional del padecimiento por el cual recurre a dicho curador. Y lo que subrayo, más allá de lo equivocado o certero del diagnóstico así como de lo preciso o difuso del mismo, es la existencia de esta actividad diagnóstica ejercida por el propio sujeto y su microgrupo.

El diagnóstico presuntivo establecido por el propio sujeto y su grupo es parte de la autoatención, y desde nuestra perspectiva constituye una posibilidad de articulación en la medida en que la biomedicina vea los procesos de autoatención como procesos a través de los cuales trabajar y no como procesos a cuestionar. Desde esta perspectiva hemos hecho varios ejercicios en España con médicos que operan en el primer nivel de atención para que desde el inicio trabajen con el diagnóstico presuntivo del paciente solicitándoselo y desarrollando la primera consulta a través del mismo, no sólo para incluir toda una gama de información sino sobre todo para trabajar con el paciente a partir de sus propias claves pero articuladas con los objetivos biomédicos. Dichas experiencias evidenciaron justamente esta posibilidad.

En una evaluación sobre los resultados de un proyecto de investigación/acción aplicado en una zona palúdica ecuatoriana de población

básicamente amerindia, los investigadores compararon el autodiagnóstico de las personas que habían tenido malaria con el diagnóstico profesional y encontraron que coincidían en un 80% de los casos, concluyendo que el autodiagnóstico tiene un buen valor predictivo (Kroeger *et al.*, 1991: 290). Más aun, dicho proyecto impulsó el autotratamiento contra la malaria basado en el uso de fármacos complementado con plantas medicinales tradicionales.

Debemos aclarar que la autoatención y la automedicación no refieren sólo a la intervención sobre los padeceres, sino también a la aplicación de tratamientos, al consumo de sustancias o a la realización de actividades que, según los que las usan, posibilitarían un mejor desempeño deportivo, sexual o laboral. Son sustancias y acciones que no sólo posibilitarían salir de la angustia, de la depresión o del dolor, sino que además permitirían ciertos rendimientos y goces. Desde esta perspectiva, las diferentes formas de adicción pueden ser consideradas parte del proceso de autoatención (Menéndez, 1982, 1990b; Menéndez y Di Pardo, 2003; Romani y Comelles, 1991). Más aun, toda una serie de actividades impulsadas sobre todo en los últimos años y relacionadas con el desarrollo de ciertos estilos de vida, tratan de obtener determinados beneficios físicos y mentales a través de correr todas las mañanas, o todas las tardes –dado que por lo menos en algunas sociedades las noches se han tornado peligrosas–, de ir día por medio al gimnasio, de beber entre dos y tres litros de agua diarios, de practicar yoga o de realizar ciertos ejercicios zen.

Los grupos domésticos desarrollaron estructuralmente lo que ahora se denomina “cuidador”, es decir aquel miembro del grupo que cuida especialmente a los niños y a los ancianos en su vida cotidiana, incluyendo especialmente el cuidado del sujeto durante sus enfermedades, sus discapacidades y/o limitaciones generadas por el envejecimiento. El rol del cuidador también recayó en la mujer y es parte de una serie de actividades de autoatención que son parte del proceso de *s/e/a*. Como por ejemplo las que se generan durante la convalecencia de una enfermedad y que básicamente se desarrollaron también dentro del grupo doméstico y en gran medida a través del rol del cuidador.

Lo que estamos señalando es obvio, pero no es tan obvio pensarlo en términos de autoatención, y menos aun reconocer su papel decisivo en la recuperación del paciente. Diversos estudios evidenciaron a partir de la década del '70 el papel positivo de las redes familiares, e incluso demostraron que durante el período de convalecencia dichas redes tienen más importancia que el sistema de atención biomédico (Smith, 1982).

Desde la perspectiva que estamos desarrollando, la automedicación refiere no sólo al consumo autónomo de aspirinas, antibióticos o psicotrónicos

en calidad de fármacos, sino también al consumo de anabólicos, de infusiones de boldo o de tila, o de alcohol en determinadas situaciones. Será la intencionalidad con que se utilice cualquiera de estas sustancias las que le dé el carácter de automedicación.

Hay toda una serie de procesos sociales, económicos e ideológicos que han impulsado determinadas formas de autoatención en las sociedades actuales.

Generalmente se sostiene que el desarrollo de la industria química/farmacéutica y la publicidad tienen que ver centralmente con esta tendencia al consumo de determinados productos; también se ha señalado que el desarrollo de determinadas ideologías en busca de una salud y juventud más o menos permanente, o de ciertos equilibrios psicofísicos ligados o no a concepciones religiosas y/o consumistas, han impulsado determinadas formas de autoatención y automedicación.

Pero también toda una serie de grupos organizados a partir de un padecimiento (Alcohólicos Anónimos –AA–, Neuróticos Anónimos NA, clubes de diabéticos, etc.) o desarrollados a partir de reivindicar su identidad diferencial (movimiento feminista, movimiento gay) han impulsado procesos y técnicas de autoatención, de tal manera que los grupos de AA impulsan la abstinencia absoluta a partir de definir el “alcoholismo” como enfermedad pero excluyendo programáticamente la intervención bio-médica, y las “clínicas libres” feministas norteamericanas impulsaron la autoinspección del aparato reproductivo femenino y de los senos con objetivos diagnósticos y terapéuticos. Por lo tanto debemos reconocer la existencia de muy diferentes sectores sociales y de objetivos personales, grupales y de movimientos sociales que potencian la autoatención, incluida la automedicación.

## La biomedicina como generadora de autoatención

Hasta ahora he tratado de demostrar que hay una intensa y constante relación entre las formas y saberes biomédicos y los de autoatención, a partir de procesos impulsados sobre todo por las necesidades, objetivos y/o deseos de los sujetos y grupos. Si bien cada grupo incluye en sus actividades de autoatención explicaciones y sobre todo prácticas y productos devenidos de diferentes fuentes, debe asumirse que la biomedicina constituye actualmente una de las principales fuentes de las actividades de autoatención.

Como ya he señalado, la biomedicina cuestiona y/o ve negativamente la automedicación, a la que considera responsable de toda una serie de consecuencias negativas para la salud; pero simultáneamente la biomedicina considera positivamente el autocuidado y genera toda una serie de

actividades que impulsan no sólo el autocuidado sino también la automedicación. Y así observamos que en la mayoría de los países de América Latina el sector salud desarrolla programas de planificación familiar, o si se prefiere de salud reproductiva, que tratan que el grupo familiar y sobre todo la mujer aprenda a planificar la familia, utilice varios métodos para evitar embarazos y especialmente la píldora anticonceptiva, y que sobre todo los utilice autónomamente.

Más aun, el sector salud ha basado sus políticas de planificación en México casi exclusivamente en las actividades femeninas, dado que sabe que no sólo es la mujer la encargada a nivel familiar de trabajar con los procesos de *s/e/a* y que es la responsable de la autoatención, incluida la automedicación, sino que aparece además como el sujeto que se hace responsable de estas actividades. De allí que en el caso de la planificación familiar las actividades de autoatención se han centrado en la mujer, diseñándose constantemente fármacos para que ella los utilice, siendo el penúltimo de ellos, como sabemos, la denominada "pastilla del día siguiente". El varón aparece como un sujeto no responsable, tanto que se ha tratado de diseñar un condón femenino, dada la renuencia o directamente el rechazo de la mayoría de los varones mexicanos a utilizar el condón masculino.

Por otra parte, no sólo en México sino a nivel internacional, las políticas de prevención del VIH-sida están basadas en la autoatención pensada en términos generales y específicos. Es decir que, por ejemplo, se han desarrollado campañas generales para mujeres y para varones, pero también específicas para las/os sex-servidoras/res o para la población gay. El SS y grupos de la sociedad civil han promovido intensamente el uso autónomo del condón no sólo como técnica anticonceptiva, sino también como un mecanismo preventivo de enfermedades de transmisión sexual.

El sector salud y toda una variedad de ONG, han difundido también el uso autónomo de la rehidratación oral, enseñando incluso a preparar dicha solución, dado el papel decisivo que cumple en el control y abatimiento de diversos tipos de gastroenteritis. El objetivo es lograr también que las personas autonomicen la preparación o la compra y su uso.

En algunos países el SS está tratando que la población pueda detectar determinados problemas, dado que una detección oportuna posibilitaría una intervención médica más eficaz. Por lo tanto se sugiere o induce, por ejemplo, a que los varones se hagan cada seis meses o un año medición del antígeno prostático. Y que las mujeres realicen cada seis meses o cada año un papanicolau u otras formas más sofisticadas de detección de determinados padecimientos, y que aprendan a palpase los senos para detección de posibles nódulos.

Cuando a principios de 1980 iniciamos nuestro estudio sobre personal biomédico y alcoholismo, encontré que un proyecto de investigación sobre detección y tratamiento de alcohólicos llevado a cabo en el Instituto Nacional de la Nutrición aplicaba un cuestionario de autollenado que podía establecer un primer diagnóstico sobre el alcoholismo de los sujetos que participaban en el estudio. Se aplicaba una variante de pruebas diseñadas en los EE.UU., cuya característica común era el autollenado por los propios sujetos. Encontré que las diversas propuestas incluían desde cuatro hasta veinte ítems, y que los médicos que las habían diseñado estaban convencidos de que las mismas tienen capacidad diagnóstica.

Toda una serie de investigadores y de instituciones biomédicas han desarrollado este tipo de cuestionarios de autollenado respecto de problemas de enfermedad mental y física, desde por lo menos la década del '60 hasta la actualidad. La última que experimenté es la que me aplicaron a mediados de 2007 durante mi hospitalización por infarto agudo de miocardio en la terapia intensiva de un hospital privado de la ciudad de México. Los datos a llenar correspondían a una investigación sobre problemas de hipertensión arterial, que se realizaba en siete países financiada por una de las más importantes empresas químico/farmacéuticas y contaba –según me dijeron– con el aval de la Organización Mundial de la Salud.

Pero estas pruebas que inicialmente se aplicaron con objetivos de investigación y más tarde de detección oportuna y prevención, fueron obviamente autonomizadas por la población no sólo a través de la acción de los sujetos y grupos, sino también de determinados medios que convirtieron estos "tests" en parte de sus secciones casi fijas, especialmente en el caso de las revistas femeninas, donde los cuestionarios de autollenado fueron referidos desde toda una variedad de padecimientos mentales hasta la sexualidad, pasando por la alimentación.

Es la propia biomedicina la que para determinadas enfermedades crónicas ha impulsado las acciones autónomas de los pacientes, de tal manera que aprendan a leer glucosa en orina y/o sangre a través de técnicas sencillas, así como a aprender a autoinyectarse insulina. Más aun diseña cada vez más estrategias para inducir a los individuos a detectar algunos de los principales riesgos, y así Prevenimss desarrolla una campaña personal y mediática para que los sujetos, a través de técnicas sencillas, puedan detectar ciertos riesgos. Posiblemente la campaña más intensiva se realizó respecto de obesidad/diabetes, induciendo a los individuos a vigilar su obesidad y sobre todo su cintura a través de un solgan que dice: "Mídete... no te pases: 90 cm de abdomen máximos en los hombres y 80 cm de abdomen en las mujeres".

Después de que durante años la biomedicina cuestionara o ignorara el papel de los grupos de Alcohólicos Anónimos, actualmente en numerosos contextos el SS los ha reconocido como parte central del tratamiento contra el alcoholismo, y aconseja a los "alcohólicos rehabilitados" su permanencia en dichos grupos como principal mecanismo de control de ese padecimiento, dada la alta frecuencia de recaídas que caracterizan no sólo al sujeto con problemas de alcoholismo, sino al conjunto de quienes presentan comportamientos adictivos.

Constantemente la biomedicina refuerza los comportamientos de autoatención, los cuales pueden aparecer como actos autónomos o como parte de una secuencia de pasos y de actores sociales. Así, en el primer caso tenemos que la Organización Mundial de la Salud ha propuesto como norma universal la alimentación exclusiva con leche materna hasta los seis meses de edad del niño. Es decir, es la autoridad médica la que propone la autoatención alimentaria no sólo como el acto de salud básico, sino incluso como el único. Pero sobre todo busca que dicho comportamiento se autonomice en términos de amamantamiento.

Es decir que por un lado la biomedicina y el sector salud cuestionan la automedicación, pero por otro impulsan, favorecen, incluyen o aceptan formas de autoatención, incluidos ciertos tipos de automedicación. Más aun, varias de las actividades señaladas evidencian que la propia biomedicina es consciente de las actividades de articulación que se generan sobre todo en el caso de las enfermedades crónicas. Pero también en el caso de intervenciones quirúrgicas en las cuales el paciente debe conseguir donantes de sangre, tarea que en la mayoría de los casos desarrolla la familia o amigos del sujeto a ser operado. Posiblemente, como ya lo señalamos, las actividades de autoatención que más ha reconocido la biomedicina son las que se desarrollan durante la convalecencia de un paciente. Y en todas estas actividades la autoatención opera como paso necesario de una carrera del paciente que articula a las diferentes formas de atención.

En consecuencia, domina en la biomedicina una especie de escotomización –por no decir esquizofrenia– respecto del proceso de autoatención, en términos de escindir la autoatención considerada "buena" de la "mala", no asumiendo que ambas son parte de un mismo proceso, y que tienen los mismos objetivos desde las perspectivas y acciones de los sujetos y grupos sociales. Esta manera de pensar la autoatención por el SS contribuye por una parte a seguir responsabilizando a la "víctima" en sus usos de la automedicación, al mismo tiempo que impulsa la autoatención en términos de autocuidado y también de automedicación.

El sector salud necesita asumir que la autoatención no sólo es la principal forma de atención desarrollada por los propios sujetos y conjuntos sociales, sino que es a través de ella que los sujetos y grupos se relacionan con las otras formas de atención, incluida la biomedicina. Es a través de la autoatención que los sujetos se apropian de las otras formas y las relacionan, y es en este proceso que se generan consecuencias negativas y positivas para la salud.

Subrayo, para evitar o por lo menos reducir los equívocos posibles, que cuando recupero como básica la autoatención, no supone proponer que la misma es siempre acertada y eficaz. Por el contrario, considero que una parte sustantiva de la autoatención –no sabemos cuánto, por falta de investigaciones específicas– tiene consecuencias negativas o por lo menos resultados ineficaces.

Pero la autoatención no implica sólo la posibilidad de consecuencias negativas o positivas para la salud, sino que es el medio a través del cual los sujetos y sus grupos pueden evidenciar –y evidenciarse– su capacidad de acción, de creatividad, de encontrar soluciones, y en consecuencia es un mecanismo potencial –y subrayo lo de potencial– de afianzamiento de ciertos micropoderes, así como de la validez de sus propios saberes<sup>16</sup>.

Actualmente el proceso de autoatención se desarrolla en gran medida a través de la relación directa e indirecta con la biomedicina. Este es un proceso dinámico y cambiante, que permite observar que determinados procesos de autoatención que durante un tiempo fueron cuestionados ahora son aceptados. ¿Quién se asombra o cuestiona actualmente de que las personas utilicen el termómetro para medir su temperatura? El termómetro forma parte del equipamiento básico de gran parte de la población de determinados países "occidentales", pero este uso es parte de un proceso de apropiación y conversión en autoatención ya olvidado. El termómetro es el primero de los instrumentos biomédicos que pasaron a ser utilizados autónomamente por la población, como más adelante lo fueron los aparatos para tomar la presión sanguínea o para medir glucosa en orina y sangre, lo cual ahora es aceptado –por supuesto, con reticencias– por el personal de salud. Sin embargo, otras apropiaciones tecnológicas más recientes son cuestionadas en nombre de la complejidad técnica y científica, constituyendo una suerte de historia interminable de críticas/reconocimiento de los procesos de autoatención.

16. Enfatizo lo de potencial, porque algunos autores colocan en el ejercicio de estos micropoderes la posibilidad de un desarrollo generalizado del poder.

El tipo de relación dinámica y complementaria, pero también simultáneamente conflictiva y contradictoria, entre biomedicina y los sujetos y grupos sociales, puede observarse especialmente a través de uno de los principales actos médicos, el del tratamiento y especialmente el de la prescripción de medicamentos. Lo que acontece en torno a la prescripción médica y el cumplimiento de la misma se constituye en uno de los principales campos de crítica de la biomedicina hacia el comportamiento de la población, concluyendo reiteradamente que la población no comprende la prescripción, no la cumple o la cumple mal. Constantemente se señala que el paciente no completa la totalidad del tratamiento, ya que por decisión propia lo interrumpe frecuentemente cuando decide que ya ha sido eficaz, que ya se ha solucionado su problema.

La mayoría de estos señalamientos médicos pueden ser correctos, y existen varias explicaciones al respecto, pero me interesa recuperar un tipo de comportamiento caracterizado por el no cumplimiento de la prescripción, el cual se ha ido evidenciando en los últimos años y que se conoce como el caso del "paciente bien informado" (Donovan y Blake, 1992). Este tipo de paciente se caracteriza por no cumplir la prescripción, pero no por ignorancia de las consecuencias negativas que puede tener la suspensión o modificación del tratamiento o por no entender la prescripción recetada, sino debido a dos hechos básicos: por la cantidad de información técnica que posee este tipo de paciente y porque su modificación del tratamiento obedece a su propia experiencia como enfermo con la prescripción recetada. De tal manera que el paciente decide aumentar, reducir o espaciar la dosis a partir de su conocimiento y de su propia experiencia; acciones que, por otra parte que el paciente no oculta sino que discute con el médico.

Este paciente, y lo subrayo, no suele cuestionar el "poder médico" ni la eficacia de la biomedicina; por el contrario, puede ser un fuerte partidario de la misma. A este paciente no le interesa discutir el poder en la relación médico/paciente, sino mejorar su salud, controlar lo mejor posible su padecimiento crónico. Este nuevo tipo de paciente —que por supuesto no es tan nuevo— se caracteriza por su información y no por su ignorancia, pero además por un saber que refiere a su propia experiencia de enfermedad y atención.

Este proceso opera en todas las especialidades médicas, y así F. Lolas, uno de los más prestigiosos psiquiatras latinoamericanos, sostenía a principios de los '90 que se incrementan cada vez más las demandas y propuestas de los pacientes a niveles no considerados por los psiquiatras. Actualmente los pacientes llegan a consulta demandando determinado medicamento del cual se han enterado por Internet, y aclarando que si el médico no conoce dicho medicamento el paciente le explicará en qué consiste.

Actualmente este tipo de situaciones constituye una de las mejores expresiones de la relación dinámica que opera entre la biomedicina y el proceso de autoatención a partir de las acciones impulsadas por los sujetos y grupos en función de su propia enfermedad, lo que está dando lugar al desarrollo de propuestas de co-atención.

Debemos asumir que en estos nuevos procesos se potencian toda una serie de actores y de intereses sociales que en cierta medida y por diferentes razones refuerzan los procesos de autoatención, y de los cuales sólo comentaré cuatro. Uno que refiere al ya citado impulso constante dado por la propia biomedicina, pero observado desde los objetivos empresariales biomédicos. Toda una serie de actividades autónomas o dependientes de autoatención o autoprevención son impulsadas por la biomedicina para favorecer ciertos intereses económico/profesionales. Durante los años 2007 y 2008 observamos en México una fenomenal campaña impulsada a través de revistas, folletos y sobre todo sugerencias desarrolladas a través de las instituciones biomédicas proponiendo que los grupos familiares "guarden la sangre del cordón umbilical de sus hijos para salvarles la vida en caso de alguna enfermedad de tipo hematológico". En esta propuesta la autoatención opera como mecanismo de prevención para las familias y como objetivo financiero para las empresas médicas.

Una segunda fuerza impulsora de la autoatención es la denominada industria de la enfermedad, especialmente la industria químico/farmacéutica y de aparatos médicos que tratan de inducir a la población a consumir glucómetros o medidores de colesterol y triglicéridos. Toda una serie de publicaciones tratan de "ayudar" a la población a autocuidarse, generalmente apoyados por laboratorios y otras empresas. Y así Abbott Nutrition promueve un medidor de glucosa a través del siguiente material informativo:

"¿Entiendes tus cifras de glucosa y azúcar en sangre? Por automonitoreo, entendemos las mediciones de glucosa en sangre en diferentes momentos del día. Estas cifras ofrecen fotos instantáneas de cómo respondemos al tratamiento médico, al plan de alimentación balanceada y a la actividad física. ¿A qué me ayuda el monitoreo de glucosa? A tomar decisiones para resolver problemas de control. Hacer elecciones en la cantidad y contenidos de los alimentos. Decidir los momentos para tomar alimentos. Reconocer hipoglucemias durante y después del ejercicio. Decidir si es conveniente hacer ejercicio" (Suplemento Informativo del diario *Reforma* y Federación Mexicana de Diabetes, 2008).

Este material refiere también a una tercera fuerza, estrechamente ligada a la anterior, la de la industria de la salud, donde las empresas, especialmente

las relacionadas con la producción y comercialización de alimentos, impulsan ciertas formas de vivir y sobre todo de comer para protegernos de eventuales enfermedades y especialmente de problemas cardíacos. Ya que como señala la Sociedad Mexicana de Cardiología "La mayor parte de las enfermedades cardíacas se relacionan con la manera en que vivimos. El elevado nivel de sedentarismo, el sobrepeso y la obesidad contribuyen en forma notable al riesgo de eventos cardiovasculares", y estas palabras son acompañadas en la misma publicación por publicidades de una página respecto de varios productos, pero especialmente dos: aceites y avenas, cuyos textos subrayan sus efectos positivos respecto del control y disminución de padecimientos cardíacos (Suplemento del diario *Reforma* y Sociedad Mexicana de Cardiología, 2008).

Y hay una cuarta fuerza, que ya citamos, y que son los medios de comunicación de masas y especialmente Internet:

"En relación con la información se están produciendo cambios significativos. Mientras que durante un tiempo eran los profesionales de la medicina quienes mantenían la hegemonía sobre la información relacionada con la salud [...] en este momento periodistas, economistas y otros individuos e instituciones de cualificación desconocida son, a menudo, los protagonistas de esta información y disponen para su divulgación de tecnologías de la información [...] de notable accesibilidad y penetración" (Aibar, 2004: 50).

Y que más allá de los errores, deformaciones, apropiaciones incorrectas que ocurren en la realidad, evidencian su notable uso por parte de los internautas.

A principio de la década de 2000, Pew Internet & American Life Project reconocía que más de la mitad de los usuarios de Internet a nivel mundial habían consultado por lo menos una vez un portal médico y habían utilizado un tratamiento recomendado en algún sitio sin consulta médica. En dicho estudio se observó que el 61% de los adultos norteamericanos buscaron información sobre salud en Internet, y que tenían una visión positiva de la información obtenida y de sus aplicaciones (Meneu, 2004).

Según informes realizados por Ogilvy Healthworld y por Google, el 85% de los pacientes utiliza actualmente Internet como fuente de información, y los buscadores representan una fuente de información básica en la consulta de hábitos de vida saludable (92%), búsqueda de síntomas específicos (87%) y la comprensión del diagnóstico y del tratamiento (87%). Más aún, según un estudio específico de la Comunidad Europea, 103 millones de ciudadanos comunitarios buscaron en 2005 información sobre temas de salud en Internet.

Y es el conjunto de estos procesos lo que explica que la Comisión de Salud de la Comunidad Europea

"ha puesto en marcha una nueva página web sobre salud en la ofrecerá a los ciudadanos de la UE información clara y concreta sobre diversos temas sanitarios como la salud de los bebés, las enfermedades infecciosas, los seguros médicos y el bioterrorismo. Esta página web, traducida a las veinte lenguas oficiales de la UE, está dirigida por igual a pacientes, profesionales sanitarios y científicos, que podrán acceder desde ella a más de 40.000 sitios de Internet de fuentes fiables" (*Gaceta del Viernes*, 26/05/2006).

Es decir que un conjunto de fuerzas de distinto tipo se complementan y se potencian para impulsar la autoatención, el autocuidado y la automedicación; y allí la biomedicina y el sector salud cumplen un papel central.

## De algunas articulaciones posibles

A lo largo de este capítulo he querido subrayar no sólo la significación e importancia de la autoatención, sino la existencia también de relaciones de diferente tipo entre ésta y las instituciones y actividades biomédicas, y que en consecuencia y más allá del reconocimiento de los aspectos potencialmente negativos de la autoatención, en lugar de cuestionarla constantemente, de estigmatizarla, de negarla e incluso de intentar prohibir la adquisición de medicamentos, el sector salud debería intencionalmente utilizarla, no sólo por su potencial eficacia, sino además porque dicha forma de atención puede ser prohibida pero no eliminada, debido a las características descritas previamente, y especialmente al papel que cumple en el proceso de reproducción biosocial y sociocultural a nivel de sujetos y de microgrupos.

Ya he señalado que la autoatención constituye el primer nivel real de atención, y que dicho proceso cuestiona algunos de los principales estereotipos que maneja el SS respecto de los conjuntos sociales. La autoatención evidencia que si bien los sujetos y grupos se equivocan o usan incorrectamente los medicamentos, también indica que los mismos aprenden, modifican, resignifican sus prácticas, y que una parte de esa automedicación ha sido decisiva para abatir o controlar determinados padecimientos. Y esto no sólo por un efecto mágico o de micropoder de la relación médico/paciente o del fármaco, sino por una apropiación y uso que evidencia en la propia experiencia del sujeto y su grupo que el fármaco consumido es eficaz o por lo menos más eficaz que otros productos.

El hecho de que la población utilice estos fármacos e incluso autonomice su uso, evidencia que reconoce su eficacia y además –y es lo que me interesa subrayar–, que en gran medida aprende dicha eficacia a través de la relación directa o indirecta con el personal de salud. Esta conclusión no niega, por supuesto, que en la relación médico/paciente se desarrollen efectos de micropoder, ni que el fármaco y el propio médico tengan una eficacia simbólica que va más allá de la eficacia farmacológica del medicamento.

El proceso de autoatención evidencia no sólo que la gente se apropia y aprende, sino además que el SS, el personal de salud, el médico enseñan a autoatenderse más allá de la intencionalidad de hacerlo. Los sujetos y grupos aprenden constantemente el uso de indicadores diagnósticos y de fármacos a través de la relación médico/paciente, aun dentro del reducido tiempo que caracteriza la consulta médica actual. Gran parte del mayor y profundo aprendizaje opera en el momento clínico, pues es el momento en que se constituyen aperturas afectivas y cognitivas para poder asumir lo prescrito de una manera experiencial. Y es también por este proceso que sería importante, como ya lo señalamos, trabajar con el diagnóstico presuntivo que la mayoría de los pacientes ya tienen de sus padecimientos.

En consecuencia, el SS debería impulsar intencionalmente la articulación entre los servicios de salud y el proceso de autoatención, de tal manera que se constituyera en parte central de sus estrategias. Por supuesto que en la práctica el SS ha ido impulsando algunas articulaciones como hemos visto, pero conjuntamente sigue manteniendo una crítica a determinadas formas de autotención, y sigue estigmatizando la automedicación. Lo que propongo no es eliminar la crítica, sino fundamentarla; pero lo más importante es tratar de mejorar los comportamientos de autoatención de los conjuntos sociales a través de una reorientación de las acciones de educación para la salud, pero no sólo de las acciones que específicamente se denominan así, sino sobre todo de las que se desarrollan en la relación médico/paciente.

El sector salud debería enseñar a automedicarse bien a la población y no sólo a “autocuidarse”, lo cual implica el desarrollo de una relación médico/paciente más simétrica y complementaria. Para ello deberían modificarse varias prácticas y representaciones profesionales e institucionales, y en particular que el sector salud y el personal de salud asumieran que la autoatención no es un proceso aislado u opuesto al quehacer biomédico, sino que es parte integral del proceso de s/e/a que incluye a ambos. En consecuencia debería abandonar su actitud escotomizante de la realidad, impulsando un proceso donde se articulen la autoatención y la biomedicina a partir de reconocer la existencia constante del ejercicio de autonomías funcionales, intencionales y/o relativas en los sujetos y grupos<sup>17</sup>.

Es obvio que el SS y el personal biomédico saben que ocurren los procesos señalados, y que además una cosa es la crítica pública y otra los tratamientos privados donde la autoatención es central, incluso en términos de prevención. Más aun, por lo menos en la mayor parte de los países latinoamericanos la mayoría de los medicamentos que deberían adquirirse con receta pueden comprarse libremente. El SS británico ha reconocido estos procesos, y en los últimos años ha promovido la venta libre y sin receta de fármacos para reducir el colesterol, para atacar migrañas, e incluso la venta sin receta de antibióticos para problemas oculares o de transmisión sexual, con el objetivo de lograr más eficacia en términos de atención y de prevención. Lo cual en los hechos supone asumir que la autoatención constituye el real primer nivel de atención.

Lo que estoy señalando puede dar lugar a pensar que apoyo la biomedicalización con fármacos, cuando lo que propongo es todo lo contrario.

Cuando señalo que el personal de salud debería enseñar a autoatenderse e incluso a automedicarse, ello supone justamente enseñar a reducir el uso de fármacos. Pero como sabemos, esta enseñanza es difícil de desarrollar por una profesión que halla en el fármaco su diferenciación y autoidentificación en el acto de curar. Más aun, considero que la estigmatización clínica de la automedicación tiene que ver en gran medida con el papel que el fármaco tiene para la identificación del acto médico en términos simbólicos y económicos, pero también en términos técnicos.

Por último quiero aclarar que el énfasis en la autoatención no supone eliminar ni menguar la responsabilidad del Estado respecto de las acciones contra la enfermedad; no supone reducir las inversiones en el campo de la s/e/a, ni implica reducir el papel de los servicios de salud para colocarlos exclusivamente en la sociedad civil, que es una forma elegante de pensar la privatización de los servicios de salud, por lo menos por algunas tendencias. Si bien ésta ha sido la manera en que algunos sistemas de salud han impulsado su reforma a través de la privatización directa o indirecta de los servicios de salud, que en algunos casos supone darle un papel especial a las ONG, en función de una relación costo/beneficio que posibilita abaratar costos de atención a la enfermedad, y arguyendo que esta orientación reconoce el peso de la sociedad civil, nuestra propuesta obviamente no va en esa dirección.

Propongo la inclusión protagónica de los grupos y sujetos sociales a través de la autoatención –y, por supuesto, de otros procesos y mecanismos–, pero articulada con los servicios de salud biomédicos y con las otras formas de

17. La cuestión de la autonomía como parte del proceso de autoatención, constituye uno de los problemas teórico/ideológicos y de intervención específicos más interesantes, pero que no vamos a desarrollar ahora.

atención, lo cual implica incluir la responsabilidad económica y social del Estado tanto respecto de los servicios de salud como hacia los grupos y sujetos, pero con el objetivo de impulsar la articulación intencional de un proceso que hasta ahora está básicamente depositado en los sujetos y grupos sociales, así como para incrementar la eficacia del mismo y de ser posible reforzar la capacidad y autonomía de dichos grupos sin abdicar de la responsabilidad del Estado, y sin encontrar en esta propuesta ninguna contradicción en sus términos como sostienen algunas tendencias neoliberales y no tan liberales<sup>18</sup>.

Lo que debemos asumir en términos críticos de tipo epistemológico y en términos lo más claros posible de acciones técnicas y sociales, es que los mismos conceptos, procesos y sujetos sociales pueden ser apropiados y/o utilizados por tendencias técnico/ideológicas que sostienen concepciones muy diversas, que impulsan propuestas diferentes y hasta opuestas entre sí. Frente a ello nuestra actitud epistemológica no debe ser incluir dentro de un mismo bloque social a todas las tendencias que utilizan conceptos similares, se preocupan por los mismos problemas y trabajan sobre ciertos sujetos sociales, sino que, por el contrario, debemos producir un análisis teórico y práctico que aclare la especificidad, orientación y dinámica de las diferentes propuestas. Este proceso se convierte en necesario cuando observamos que, en el caso de la autoatención, y más aun en el de la autogestión, se desarrollan tendencias que impulsan dichos conceptos y procesos a través de lo que se denomina autocuidado en un sentido opuesto o por lo menos diferente del que estamos proponiendo.

Como lo he señalado reiteradamente, la inclusión de las diferentes formas de atención dentro de las relaciones de hegemonía/subalternidad que operan en un contexto determinado posibilita describir y analizar dinámicamente las transacciones que se desarrollan entre los diferentes actores sociales, y en consecuencia encontrar en sus saberes el uso real dado a las diferentes formas de atención. El papel de la biomedicina, de la autoatención o de la medicina tradicional no se define a priori en función de las características de cada saber<sup>19</sup> tomado en forma aislada, sino a través de las relaciones y consecuencias de sus saberes en las condiciones de salud y de vida de los sujetos y conjuntos sociales.

18. Lo señalado no supone ignorar que las políticas impulsadas por el Reino Unido no sólo tienen que ver con el logro de una mayor eficacia, sino también con reducir el gasto estatal en salud. Así como también reconocer que las empresas químico/farmacéuticas son en términos económicos uno de los sectores más interesados en el desarrollo de la automedicación, como lo hemos desarrollado en otros trabajos.

19. Saber es un concepto que refiere a las representaciones y prácticas que utiliza un actor determinado, y que incluye el efecto de poder que desarrolla todo saber.

## Capítulo 2

### Estilos de vida, riesgo y construcción social<sup>1</sup>

La antropología social y las disciplinas médicas organizadas en torno a la salud pública, y especialmente la antropología médica y la epidemiología, han desarrollado diferentes perspectivas para describir y analizar los procesos de salud/enfermedad/atención, que presentan simultáneamente características complementarias y divergentes. En este capítulo y en el siguiente analizaré varias de las principales características de ambas perspectivas a partir de reconocer la existencia de similitudes, pero también de diferencias cruciales, ya que estas últimas no deberían ser negadas y/o trivializadas en nombre de afanes interdisciplinarios que frecuentemente concluyen en la yuxtaposición y no en la articulación de perspectivas.

El análisis de las relaciones entre estas dos disciplinas parte del supuesto de que desde por lo menos la década del '60 se ha dado un proceso de convergencia especialmente en torno a los problemas y procesos de salud que les interesan prioritariamente, al mismo tiempo que determinados factores limitan la complementación en términos interdisciplinarios. Posibilitó esta convergencia el impulso dado a las concepciones y actividades de Atención Primaria desde fines de los '60, y especialmente luego de la Conferencia de Alma Ata, que favoreció el reconocimiento del papel de los factores sociales y económicos respecto de los procesos de s/e/a, impulsó la participación y promoción social en salud, así como el trabajo a nivel comunitario recuperando el saber popular sobre los padecimientos, y favoreciendo el uso de actividades basadas en redes sociales, grupos sostén, o grupos de autoayuda, que incluyó por lo menos a nivel declarativo el uso de las medicinas denominadas "tradicionales" y/o "alternativas".

1. Una versión anterior de este texto fue publicada bajo el título "Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes". En: *Estudios sociológicos*, México, 1998, XVI (46): 37-67.