

Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos

Intention, experience and function: articulation of medical knowledge

Eduardo L. MENÉNDEZ

CIESAS. SPAM. México
emenendez1@yahoo.com.mx

Recibido: 30 de diciembre de 2003

Aceptado: 15 de marzo de 2004

Resumen

En las sociedades americanas y europeas actuales existen formas de atención de los padecimientos que son consideradas en forma aislada y hasta antagónica por el Sector Salud, en lugar de observar las estrechas y constantes relaciones que se dan entre dichas formas a través de las prácticas y representaciones de los sujetos y grupos que las utilizan. En ese trabajo se describen en particular las relaciones que existen entre la biomedicina y la autoatención, para evidenciar el continuo proceso de transacciones que opera entre las mismas. Primero se describen algunas características básicas de la biomedicina y la autoatención, para luego observar las relaciones que existen entre ambas, especialmente a través de la prescripción de fármacos y de la automedicación. Este proceso transaccional tiende a ser ignorado por la biomedicina, que critica especialmente la automedicación, lo que resulta paradójico, dado que el Sector Salud impulsa constantemente actividades de autoatención que incluyen la automedicación, sin reflexionar sobre la articulación y sobre las consecuencias que estas transacciones tienen para el proceso salud/enfermedad/atención. Se propone que el Sector Salud utilice intencionalmente estos procesos transaccionales.

Palabras clave: autoatención, biomedicina, transacciones, enfoque relacional.

Abstract

At present time, in many Latinoamerican and European societies there is a diversity of illness care models, which are considered in an isolated and even antagonistic way by State Health Sector. This happens by living out the observation of individual and groups practices which shows the narrow and continual relationship between these models. This paper describes particular relations between biomedicine and selfcare to show the constant transaction process between them. In first place some basic biomedical and selfcare characteristics are considered, then we observe the transaction between them with special attention to drugs prescription and self medication. Transaction process is usually ignored by biomedicine and self medication process specially criticized by it. We are in the presence of a paradox because biomedicine and State Health Sector constantly promotes selfcare process which invol-

ves self medication. We notice that this takes place without a reflection on articulation and consequences of this transactions on health/illness/care process. We propose to think about this process in view of its intentional use by Health Services.

Key words: selfcare, biomedicine, transactions, relational approach.

SUMARIO: 1. Introducción. 2. Los conjuntos sociales como eje de la atención de los padecimientos. 3. Biomedicina: algunos rasgos y limitaciones. 4. Autoatención como proceso estructural. 5. La biomedicina como generadora de autoatención. 6. Propuestas relacionales. 7. Referencias bibliográficas.

1. Introducción

Desde una perspectiva antropológica las formas de atención de los padecimientos se refieren no sólo a las actividades de tipo biomédico sino a todas las 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 nuestro análisis de las formas de atención¹.

En primer lugar, asumimos que por lo menos en las sociedades europeas y americanas actuales existen muy diferentes formas de atención a la enfermedad, que suelen utilizar diversas técnicas diagnósticas, diferentes indicadores para la detección del problema de salud, así como variadas formas de tratamiento e inclusive distintos criterios de curación. Pero además de reconocer esta diversidad, lo que me interesa subrayar es sobre todo la existencia y utilización de todas estas formas de atención por los conjuntos sociales, dado que frecuentemente desde la perspectiva del Sector Salud (SS) y de la biomedicina la mayoría de las actividades de atención a los padecimientos son negadas, ignoradas y/o marginadas, pese a ser frecuentemente utilizadas por los diferentes sectores de la población.

Las diversas 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 diferenciadas y que suelen ser consideradas antagónicas, especialmente entre la biomedicina y la mayoría de las otras formas de atención. Según algunos autores las formas de atención de la medicina tradicional americana se opondrían a determinadas concepciones y hasta valores de la biomedicina, y lo mismo sustentarían representantes de la denominada medicina científica respecto a la mayoría de los usos

¹ Gran parte del material empírico, que apoya los análisis y conclusiones de este texto, surge de nuestras investigaciones sobre saber médico y alcoholismo (Menéndez, 1990b; Menéndez y Di Pardo, 1996, 2003) y sobre el saber popular y el proceso salud/enfermedad/atención (Menéndez, 1981, 1982, 1984; Menéndez y Ramírez, 1980), así como de investigaciones supervisadas por nosotros y entre las que subrayo especialmente las de Campos, 1990; Freyermuth, 1997; Mendoza, 1994; Ortega, 1999; y Osorio, 1994.

populares y especialmente a ciertas actividades de autoatención, proponiendo una visión antagónica y excluyente entre estas formas de atención (Menéndez, 1981, 1990a). Pese a que 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 en el nivel de las prácticas sociales, es decir, de las actividades desarrolladas respecto a los padecimientos por los grupos que usan las diversas formas de atención, lo cual refuerza una concepción dominante de antagonismos más que de articulaciones transaccionales entre las diferentes formas de atención. Más aún, considero que el reconocimiento de estas oposiciones suele darse, sobre todo, a través de las representaciones técnicas y sociales de los curadores de las diferentes formas de atención, pero mucho menos en el nivel de las prácticas de los conjuntos sociales, a través de las cuales observamos una tendencia a integrar las diferentes formas de atención más que a oponerlas, excluirlas o negar unas en función de otras.

Lo dominante en las sociedades actuales, dentro de los diferentes conjuntos sociales estratificados que las constituyen y más allá de la situación de clase 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 varias formas de atención no sólo para diferentes problemas, sino para un mismo problema de salud.

En las sociedades latinoamericanas y, especialmente, en las sociedades capitalistas más desarrolladas se estarían incrementando actualmente las denominadas medicinas alternativas o paralelas, y aunque 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 a 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 –inclusive en el uso de la palabra– es condición necesaria para ejercer la ocupación de atender los padecimientos y, por lo tanto, de “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. Aun cuando no niego la existencia de procesos reactivos hacia la medicina alopática, éstos no constituyen los únicos ni frecuentemente los principales factores de este desarrollo, ya que interviene una pluralidad de factores incluyendo la industria químico/farmacéutica, que como sabemos constituye uno de los pilares

de la intervención y expansión biomédica. Así, por ejemplo, en el caso de las formas de atención denominadas tradicionales y populares (Menéndez, 1994), observamos que algunas de sus actividades han sido resignificadas en sus usos no sólo en el medio rural, sino especialmente en el medio urbano tanto de los países periféricos como desarrollados. Un caso típico es el de la medicina herbolaria que ha sido especialmente impulsada en los últimos veinte años por una parte de la industria químico/farmacéutica, dado el incremento del consumo de estos productos por los sectores sociales de mayores ingresos. En cada sociedad los diferentes grupos utilizan formas específicas de atención tradicionales/populares, pero me interesa subrayar que la mayoría de las mismas están dejando de ser patrimonio exclusivo de determinados sectores sociales, económicos o étnicos. Éste es un proceso constante, y que ya lleva muchos años como lo hemos analizado en varios trabajos, pero que ha cobrado una dinámica más acelerada en los últimos años 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 formas de atención a la salud, que corresponden a saberes académicos de otros sistemas muy distintos del occidental. Los casos más conocidos son los de la acupuntura y la digitopuntura², pero debe subrayarse que en varios países europeos y latinoamericanos se han asentado y desarrollado la medicina mandarina o la medicina ayurvédica en contextos donde previamente no existían estas tradiciones académicas. Aunque 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 son debidos a un proceso de apropiación generado por determinados sectores sociales de los propios países “occidentales”.

Estos y otros procesos han impulsado una constante diversidad de las formas de atención a la enfermedad, que por supuesto adquiere una dinámica y diferenciación específica en cada contexto. Casi todas estas formas de atención, incluida la biomedicina, se preocupan por la salud, dado que aquélla, por ejemplo, busca prevenir y educar para la salud, y otras formas de atención promueven el desarrollo de una salud equilibrada o inclusive se proponen la búsqueda de mecanismos para impulsar una salud positiva. Sin embargo, en realidad la casi totalidad de las actividades de las diversas formas de atención actúan básicamente respecto a los padecimientos y enfermedades y no sobre la promoción de salud. Y ello no sólo porque lo proponen e impulsan los curadores, sino porque lo solicitan los sujetos y grupos sociales,

² No obstante, reconocemos la existencia, tanto en países americanos como europeos, de técnicas de digitopuntura propias, que son previas a las actuales técnicas difundidas desde países asiáticos, que conviven y se interrelacionan con las mismas.

ya que éstos demandan básicamente acciones sobre sus padecimientos más que sobre su salud³. 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 de formas alternativas.

2. Los conjuntos sociales como eje de la atención de los padecimientos

La identificación y descripción de las formas de atención la iniciamos a través de lo que hacen y usan los sujetos y grupos sociales para atender sus padecimientos, y no a partir de los curadores biomédicos, tradicionales o alternativos. En términos metodológicos iniciamos la descripción a través de los sujetos y los conjuntos sociales porque a partir de los mismos, especialmente de la trayectoria de la “carrera del enfermo” o “carrera del paciente”, 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 partimos inicialmente de los curadores. Pero además, a través de los conjuntos sociales, podemos observar el uso articulado de las diferentes formas que usa cada grupo y no los usos excluyentes. Si nosotros partiéramos del punto de vista de cada curador, de cada forma de atención, lo frecuente sería la ignorancia o exclusión de las otras formas de atención o un reconocimiento crítico y frecuentemente estigmatizado de las mismas, así como la tendencia a focalizar la descripción en la forma específica que cada curador representa. Pero, si a través de las perspectivas y las prácticas de los diferentes actores significativos (Menéndez, 1997) podemos detectar la variedad de articulaciones que se dan entre los mismos, es a través de los “pacientes” como 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 de atención que los conjuntos sociales manejan respecto a la variedad de padecimientos reales e imaginarios que reconocen que afectan su salud. Esto no supone que reduzcamos la identificación de los padeci-

³ Aunque en biomedicina y 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 con el uso de técnicas adivinatorias, practicadas por curadores de otras formas de atención-, 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 como sucede con la brujería practicada en contextos africanos y latinoamericanos. Pero ello ocurre también en la biomedicina en los episodios de iatrogenia negativa. En el caso de la brujería la generación del malestar es intencional, mientras que no es así en la biomedicina, pero ello no afecta a lo que estamos concluyendo.

mientos ni de las formas de atención solamente a los que reconocen los conjuntos sociales, sino que éste es el punto de partida para establecer la existencia de los padecimientos y las formas de atención que los grupos no sólo reconocen sino que sobre todo utilizan.

Es obvio que, si en nuestra descripción de las diferentes formas de atención, partimos de los saberes y experiencias de los sujetos y grupos que padecen un problema, ello por sí sólo no asegura el surgimiento de las diferentes formas utilizadas. Ha de existir la decisión metodológica de observarlas. Como lo venimos señalando desde fines de los 70 (Menéndez, 1981), la descripción del proceso salud/enfermedad/atención –de ahora en adelante proceso *s/e/a*– de los grupos étnicos americanos no incluía hasta hace poco el empleo por estos grupos de la biomedicina, pese al constante incremento de su uso, ya que lo que interesaba a los investigadores era la persistencia de las formas tradicionales de atención y no dar cuenta de las prácticas y representaciones utilizadas para solucionar los problemas de salud. Por eso subrayamos la necesidad metodológica no sólo de incluir a los diferentes actores significativos sino de trabajar con todas las prácticas de los sujetos y grupos referidas al proceso *s/e/a*.

Esta aproximación implicaría detectar y construir los perfiles epidemiológicos y las estrategias de atención que desarrollan en forma particular el saber biomédico y el saber de los curadores tradicionales, de los curadores alternativos y/o de los grupos sociales, lo cual posibilitaría observar no sólo las convergencias y divergencias en la construcción del perfil epidemiológico dominante, sino el tipo de atención utilizada en situaciones específicas. Este tipo de aproximación, que aplicamos en el análisis de comunidades rurales y urbanas en Yucatán (Menéndez, 1981; Menéndez y Ramírez, 1980) y en Guanajuato (Menéndez, 1984), contribuiría a producir una epidemiología de los comportamientos respecto al proceso *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 articularan dichas racionalidades.

Procesos sociales, económicos y culturales posibilitan el desarrollo de diferentes formas de atención a partir de las necesidades y posibilidades de los diferentes conjuntos sociales. Y cuando decimos esto pensamos 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, como también en sujetos que, dada su búsqueda de una suerte de eterna juventud frecuentemente homologada a salud, encuentran en ciertas prácticas y/o sustancias la posibilidad imaginaria y momentánea de lograrla; pasando por 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 padece. 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 crea-

ción o resignificación de formas de atención. Frente a determinados modos de alcoholismo, para las cuales la biomedicina tiene una eficacia limitada, los propios conjuntos sociales desarrollaron grupos de autoayuda como Alcohólicos Anónimos; modo de atención que, comparativamente con cualquier otro tipo de atención específica respecto a este problema, evidencia la mayor eficacia, por lo menos en ciertos contextos. Pero hay grupos que han creado respecto al “alcoholismo” otras estrategias como son “los juramentos a la virgen”, en el caso de México, o el uso de la brujería/contrabrujería, en México y en el sudoeste 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 (Menéndez y Di Pardo, 1996).

Si nosotros partimos de los comportamientos de los sujetos y grupos respecto a sus padecimientos –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 americanos y europeos–, nos encontramos con que los mismos utilizarían potencialmente las siguientes formas de atención:

- a) formas de atención de tipo biomédico, referidas a médicos del primer nivel de atención y del nivel de especialidades para padecimientos físicos y mentales que la biomedicina reconoce como enfermedades. Éstas se expresan a través de instituciones oficiales y privadas. Deben incluirse formas antiguas y, comparativamente, marginales de la biomedicina como son la medicina naturista, la talasoterapia o la homeopatía, e incorporar igualmente formas que provienen de otras concepciones como es el caso de la quiropraxis. Aquí también deben reconocerse las diferentes formas de psicoterapia individual, grupal y comunitaria gestadas por lo menos en parte desde la biomedicina.
- b) 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 cristianas y de otros cultos, así como el desarrollo de actividades curativas a través de grupos como los pentecostales o los carismáticos.
- c) formas de atención alternativas, paralelas o “new age” que incluyen a sanadores, bioenergéticos, nuevas religiones curativas de tipo comunitario, etc.
- d) formas de atención devenidas de otras tradiciones médicas académicas: acupuntura, medicina ayurvédica, medicina mandarina, etc.
- e) formas de atención centradas en la autoayuda: Alcohólicos Anónimos, Neuróticos Anónimos, Clubes de Diabéticos, padres de niños con síndrome de Down, etc., cuya característica básica radica en que están organizadas y orientadas por las personas que padecen o co/padecen algún tipo de problema de salud.

Esta clasificación de los modos de atención, que podría ampliarse y/o modificarse, no supone que los consideremos como formas estáticas y aisladas cada una en sí misma, dado que asumimos la existencia de un proceso dinámico entre las actividades devenidas de diferentes formas de atención; es decir, que las mismas funcionan en términos de exclusión pero también a través de la articulación entre dos o más formas de atención. Dicha dinámica opera por lo menos en dos niveles. El primero se refiere a las relaciones establecidas entre las diversas formas de atención a través de uno de los diferentes operadores de las mismas. Así, vemos como la biomedicina, por lo menos en determinados contextos se apropia de la acupuntura o de la quiropraxis, y, en otros, retoma la tradición herbolaria o incluye grupos de Neuróticos Anónimos como parte de los tratamientos. Por consiguiente, se genera algún tipo de articulación entre diferentes formas de atención, inclusive entre algunas que, en determinados momentos, se mostraban antagónicas como la actitud biomédica inicial en América Latina hacia los grupos de Alcohólicos Anónimos⁴.

El otro nivel se refiere a la integración de dos o más formas de atención por sujetos y grupos que tienen algún padecimiento, lo cual puede ser sobre todo observado a través de la denominada carrera de enfermo. Este tipo de articulación resulta el más frecuente, dinámico y expandido. Por supuesto, otras fuerzas sociales operan en este proceso de relación entre las diferentes formas de atención de la enfermedad, como es el caso de ciertas organizaciones no gubernamentales 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 de atención a través de sus usos, y superando frecuentemente la supuesta o real diferencia o incompatibilidad que pueden existir entre las mismas, dado que dichas incompatibilidades y diferencias se vuelven secundarias para los sujetos y grupos que buscan una solución pragmática a sus problemas⁵.

⁴ 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 de los 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 número de grupos de AA a nivel mundial (Menéndez, 1990b; Menéndez y Di Pardo, 1996, 2003).

⁵ Esto no niega que haya diferencias significativas entre las distintas formas de pensar y actuar sobre el proceso *s/e/a*, pero dichas disparidades deben ser observadas siempre a través de las prácticas, dado que es en las mismas donde 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/subordinación (Menéndez, 1981, 1982, 1984; Menéndez y Di Pardo, 1996, 2003; Mendoza, 1994; Ortega, 1999).

Si bien, según señalamos, algunas articulaciones se generan a través de los propios curadores, éstos tratan de conservar su propia identidad como curadores; y desde esa perspectiva la articulación se expresa por la apropiación de técnicas que tratan de sostener la diferencia, hegemonía y/o exclusión mediante el mantenimiento de su forma de curar como la más idónea. Ésta es la manera dominante de actuar de la biomedicina que, aun cuando constituye la forma de atención más dinámica y en expansión dentro de un mercado competitivo de saberes, 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.

Podemos observar este proceso en uno de los campos menos legitimados dentro del saber biomédico, es decir, el referido a la salud mental, que actualmente se caracterizaría 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 las mismas. Pero debe subrayarse que sólo una pequeña parte de la psiquiatría –y subrayo 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. Ello no ignora por supuesto la existencia de numerosas experiencias que han incluido desde técnicas shamánicas hasta rituales sociales urbanos de curación, pero ésta no ha sido la línea dominante especialmente en el caso mexicano (Menéndez y Di Pardo, 1996, 2003).

El proceso de apropiación y eclecticismo puede observarse no sólo a través de la biomedicina sino de 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 puede observarse la utilización de técnicas de inducción al parto de tipo biomédico. Debe subrayarse que este proceso de apropiación obedece a varias dinámicas entre las cuales subrayo dos. La primera se desarrolla 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 las concepciones culturales tradicionales como las de la oposición y complementación entre lo frío y lo caliente. Así ocurre con el uso de las aspirinas, penicilina o alka-zelzer en numerosos grupos étnicos mexicanos. Y la segunda está impulsada por la propia biomedicina o si se prefiere por el Sector Salud a través de los programas de atención primaria que viene aplicando desde por lo menos los años 20 (Menéndez, 1981). De esta manera, por ejemplo, en México fue el Sector Salud el que enseñó a personas de las comunidades rurales a poner inyecciones, dado que no existían recursos humanos

locales para hacerlo. Parte de este personal que aprendió a inyectar eran curadores tradicionales. Asimismo, fue el Sector Salud el que adiestró a parteras empíricas, de manera que éstas utilizaron una síntesis de elementos tradicionales y biomédicos. También fue el Sector Salud el que enseñó a sujetos de las comunidades a cortar nódulos de personas con oncocercosis o que seleccionó personas de la comunidad como agentes de salud. Y fue el Sector Salud y un número cada vez más amplio de O.N.G. las que formaron y siguen formando en la actualidad cientos de promotores de salud, que suelen utilizar una mezcla de técnicas populares y biomédicas.

Este proceso complejo, dinámico y diferenciado podemos observarlo y detectarlo en conjunto, sobre todo si lo registramos a través de las acciones de los grupos sociales, dado que desde la perspectiva de las diferentes formas de atender –y no sólo de la biomedicina– sólo registraremos una parte de dichos modos de atención y generalmente de manera no relacionada. Desde las diferentes formas de atención, y especialmente desde el saber y las instituciones biomédicas, sólo se tenderá a reconocer algunos de los modos de atención, 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 de atención, colocando el eje de la eficacia, la eficiencia y la legitimidad exclusivamente sobre el propio quehacer y no sobre el conjunto de los modos de atención. Este proceso, y lo subrayo, también ocurre con las otras formas de atención que no fundamentan su legitimidad e identidad en la racionalidad científica sino en la religiosa y/o étnica, proponiendo comparativamente una eficacia 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 de atención que se usan realmente, sino que no tendremos una visión unilateral de las formas de atención que pretenden su exclusividad a través de lo científico, lo religioso o lo étnico, dado que las registramos a través de los diferentes puntos de vista que operan en una comunidad y que incluyen no sólo las perspectivas de la población estratificada, sino la de los diferentes tipos de curadores (Menéndez, 1990a, 1997). Pero el aspecto central, que luego desarrollaremos, es que los sujetos y grupos sociales constituyen el agente que no sólo usa las diferentes formas de atención, que las sintetiza, articula, mezcla o yuxtapone, sino que es el agente que reconstituye y organiza una parte de estas formas de atención en actividades de “autoatención”. Tengamos en cuenta que ésta última constituye no sólo la forma de atención más constante sino el principal núcleo de articulación práctica de las diferentes formas de atención, la mayoría de las cuales no puede funcionar completamente si no se articula con el proceso de autoatención. Este señalamiento es obvio, pero tiende a ser no sólo olvidado, sino excluido del análisis de los servicios de salud. Una cosa es hablar de convalecencia y otra asumir que el papel deci-

sivo en gran parte de las actividades de convalecencia está a cargo del sujeto y su grupo a través de acciones de autoatención.

Un análisis integral de las formas de atención que operan en un contexto concreto supondría obtener el perfil epidemiológico de los padecimientos dominantes y sus formas de atención en una comunidad determinada, según son formulados por los diferentes curadores y los conjuntos sociales (Menéndez, 1984; Menéndez y Ramírez, 1980). Esta información nos daría algo parecido a un diagnóstico de situación sobre cómo atiende la gente realmente sus padecimientos, incluida la articulación de las diferentes formas de atención generadas por la población, y más allá de las diferencias y los antagonismos existentes a niveles profesionales e institucionales en términos económicos, técnicos e ideológicos. 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 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. Los indicadores diagnósticos que los grupos manejan posibilitan una articulación práctico/ideológica entre las diferentes formas de atención, estableciendo una conexión entre las mismas a través de la carrera del enfermo.

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. Y 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 en este trabajo no podemos desarrollar el análisis integral de las diferentes formas de atención, sino que, a modo de ejemplo, nos concentraremos en las que consideramos las dos formas dominantes de atención a los padecimientos en las sociedades actuales⁶, es decir, la biomédica y la autoatención. Para ello primero describiré algunas características básicas de la biomedicina, haciendo hincapié en aquellas que limitan la posibilidad de una articulación mayor y más eficaz con la

⁶ 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.

autoatención, y luego haré lo mismo con la autoatención, para concluir proponiendo algunos mecanismos de articulación posibles.

3. Biomedicina: algunos rasgos y limitaciones

En principio recordemos que la biomedicina, en cuanto institución y proceso social, se caracteriza por su constante, aunque intermitente, modificación y cambio y no por su inmovilidad, y cuando señalo esto no me refiero sólo a transformaciones técnicas y científicas, sino a cambios en sus formas dominantes de organizarse e intervenir tanto técnicamente como económica, social y profesionalmente. Por ello el análisis que estamos realizando en este texto no se refiere a la biomedicina que se practicaba en 1850, 1920 o 1950, sino a las tendencias que se desarrollan desde los 60 y 70 hasta la actualidad.

Quiero subrayar que para ciertas miradas ahistóricas, estos cambios –o por lo menos algunos de ellos– suelen ser leídos en términos de crisis, generando en algunos casos la idea de que la biomedicina estaría en una situación de crisis permanente. Más aún, para algunas tendencias habría casi un constante derrumbamiento de la misma, augurando su reemplazo más o menos inmediato por algunas formas de atención “alternativas”. Otras tendencias biomédicas, por el contrario, están en una suerte de éxito cientificista, que sólo concibe el cambio en términos de progreso técnico más o menos infinito, pero que demuestra escasa sensibilidad para detectar y explicar las transformaciones institucionales, culturales y económico/políticas que afectan al saber médico. Estas orientaciones –y por supuesto otras– simplemente las señalamos sin analizarlas, ya que lo que buscamos es, por una parte, subrayar que los cambios y modificaciones no tienen que ver necesariamente con crisis ni con progresos tecnológicos, y, por otra, que uno de los aspectos más significativos de las modificaciones y cambios que observamos en biomedicina son las que se expresan a través de su constante proceso de expansión. En los contextos desarrollados y subdesarrollados denominados occidentales, y pese al incremento de medicinas paralelas y alternativas, la forma de atención que más se expande directa o indirectamente sigue siendo la biomedicina. Ello, además, nos conduce a reconocer que, 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 inclusive pasando a ser hegemónica, la biomedicina, siendo ésta la que subordina y/o desplaza a las medicinas académicas locales.

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 nuestro análisis. En países como México, dicha industria, de forma directa o a través del Sector Salud, ha conseguido colocar algunos de sus productos en los lugares más remotos y aislados de la nación, siendo actual-

mente parte de las estrategias de atención de los diversos grupos étnicos mexicanos. Pese a la evidencia de esta tendencia, se prefiere afirmar la pérdida de importancia de la biomedicina a través de la expansión de las denominadas medicinas alternativas o de lo que ocurre en algunos campos biomédicos como el psiquiátrico, dado que en varios países se observa un constante descenso en el número y/o porcentaje de psiquiatras. En los EE.UU. desde hace unos veinte años decrece constantemente el número de estudiantes de medicina que eligen la orientación psiquiátrica, lo cual indica cambios en la orientación profesional de la biomedicina, pero sin que ello implique la reducción de su expansión.

Lo señalado no significa negar que hay situaciones conflictivas, cuestionamientos y aún desarrollos de formas de atención que parcialmente reemplazan o complementan a la biomedicina, sino que implica asumir la existencia de procesos de cambio que afectan a las instituciones y profesiones, incluido el Sector Salud, y respecto a los cuales se generan modificaciones que deben ser analizadas en su significación real. Tampoco negamos que algunos de estos procesos adquieren el carácter de crisis, pero para asumirlo habría que definir qué se entiende por crisis, cuáles son sus indicadores y cuáles resultan sus consecuencias tanto para la biomedicina como para los conjuntos sociales. Desde esta perspectiva, frente a situaciones de conflicto y/o de cambio o –si se pretende– de crisis, la biomedicina hasta ahora ha encontrado siempre “soluciones” que siguen asegurando su expansión, y donde reiteradamente el eje de su impulso y justificación se centra en la biologización de su enfoque profesional y técnico. Posiblemente la mayor crisis operada dentro de la biomedicina, por lo menos en relación con los críticos, se produjo entre mediados de los 60 y fines de los 70. Las críticas iban dirigidas hacia la pérdida de eficacia de la biomedicina, al 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, en un énfasis de las actividades asistenciales que incrementaba constantemente el costo económico de la atención de la enfermedad; a las constantes situaciones donde se registraban transgresiones a la ética médica; etc. Varias de estas críticas están en la base de las propuestas de Atención Primaria Integral desarrolladas desde los 60, aunque, tras un primer impacto, redujeron las expectativas de sus propuestas al tiempo que disminuyeron también las críticas. En los 80 y sobre todo en los 90 reaparecieron, tal vez menos ideologizadas que en los 60, denunciando otra vez la ineficacia de la biomedicina puesta de relieve en el retorno de la morbilidad por tuberculosis broncopulmonar, cólera o dengue; en la fulminante expansión del VIH o 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; en la persistencia de problemas éticos, etc. Pero nuevamente estas críticas están disminuyendo, y el eje estructurante sigue estando colocado en el biologismo de la manera de pensar y actuar biomédica. La biomedicina sigue deposi-

tando 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, 2002).

Más allá de críticas y crisis, lo que observamos es una continua expansión de la biomedicina que afecta su relación con las otras formas de atención. Dicha expansión se caracteriza por un proceso de continuidad/discontinuidad. La continuidad está dada por el constante, aunque intermitente, proceso de expansión basado en la investigación biomédica, la producción farmacológica y la medicalización no sólo de los padecimientos sino de los comportamientos. Y la discontinuidad se define por las orientaciones críticas surgidas en el 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 da básicamente en dos niveles. Por un lado, opera a través de las actividades profesionales que se realizan y se refiere a los niveles de cobertura y atención alcanzados, comparados –o no– con los indicadores de las otras formas de atención: número de profesionales, camas de hospitalización, partos atendidos institucionalmente o cesáreas; cobertura de inmunización; etc. Estas tendencias han sido y son estudiadas para posibilitar la planificación de los recursos, elevar la calidad de los servicios o reducir costos, pero también pueden ser utilizadas como indicador que puede evidenciar el desplazamiento o la suplantación de otras formas de atención por la biomedicina, o viceversa.

Además la expansión opera a través de lo que se denomina proceso de medicalización, es decir, un proceso que implica convertir en enfermedad toda una serie de episodios vitales que son parte de los comportamientos de la vida cotidiana de los sujetos, y que pasan a ser explicados y tratados como enfermedades cuando previamente sólo eran aconteceres ciudadanos. Este proceso implica no sólo que los sujetos y grupos vayan asumiendo dichos aconteceres ciudadanos en términos de enfermedad y no de lo que tradicionalmente han sido, es decir, conflictos y padecimientos, sino que pasen a explicarlos y atenderlos en gran medida a través de técnicas y concepciones biomédicas. Esta medicalización, aparte de convertir en problema de salud determinadas situaciones cotidianas –como fue y es el caso de la hiperkinesia infantil– (Conrad, 1976; Conrad y Schneider, 1980; Menéndez y Di Pardo, 2003), transforma en problema quirúrgico la situación de parto mediante la generalización de la cesárea en países como México, donde no sólo un alto porcentaje de los partos en las instituciones oficiales y privadas se hacen a través de cesáreas innecesarias, sino que esta tendencia se incrementa constantemente. Aunque respecto al proceso de medicalización existe actualmente una concepción menos unilateral y mecanicista que la dominante en los 60 y 70, que inclusive ha conducido a ciertos

autores a negar dicho proceso, no cabe duda que el mismo existió y que sigue vigente. Lo que las investigaciones y reflexiones actuales han cuestionado es la visión omnipotente y unilateral (Menéndez, 1979), con la que eran –y todavía son– observados estos procesos, según la cual la biomedicina podía imponer casi sin modificaciones y oposiciones sus maneras de explicar y atender los padecimientos, y sin tomar en cuenta las resignificaciones, reacciones y acciones de los sujetos y grupos sobre los cuales actuaba.

Son estas tendencias las que operan en las relaciones de la biomedicina con los conjuntos sociales y con los otros saberes médicos; siendo especialmente la medicina alopática la que establece las condiciones técnicas, sociales e ideológicas dentro de las cuales se desarrollan las relaciones con los otros saberes. El análisis de algunas de las características estructurales de la biomedicina nos permitirá observar lo que estamos señalando. La biomedicina actual se caracteriza por una serie de rasgos técnicos, profesionales, ocupacionales, sociales e ideológicos que hemos analizado en varios trabajos (Menéndez, 1978, 1979, 1981, 1983, 1984, 1990b; Menéndez y Di Pardo, 1996, 2003), y que no sólo expresan la orientación dominante de la medicina alopática, sino que algunas de dichas características evidencian el tipo de relación que la biomedicina establece con los conjuntos sociales estratificados así como con las otras formas de atención.

En relación con lo que denomino Modelo Médico Hegemónico⁷ (MMH) he descrito y analizado alrededor de unas treinta características estructurales⁸, de las cuales sólo comentaré algunas que nos permitan observar especialmente ciertas tendencias que orientan las relaciones de la biomedicina con las actividades de autoatención.

El rasgo estructural dominante de la biomedicina es el biologicismo, por lo menos a nivel ideológico/técnico, dado que es el factor que no sólo se 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 a la dimensión bio-

⁷ 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 es la realidad (Menéndez, 1990b).

⁸ Las principales características del Modelo Médico Hegemónico biomédico son: biologismo, asociabilidad, ahistoricidad, aculturalismo, individualismo, eficacia pragmática, orientación curativa, relación médico/paciente asimétrica y subordinada, exclusión del saber del paciente, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica, salud/enfermedad como mercancía, tendencia a la medicalización de los problemas y a la escisión entre teoría y práctica (Menéndez, 1978, 1981, 1983, 1990a y 1990b; Menéndez y Di Pardo, 1996, 2003).

lógica. 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 no hay información sistemática sobre otras formas de atención. Es de la investigación biológica, bioquímica y genética de donde la biomedicina extrae sus principales explicaciones y sobre todo sus principales instrumentos de atención. Esta afirmación no ignora la importancia del trabajo médico cotidiano, incluida la investigación clínica, pero el mismo aparece como un campo aplicado y subordinado al de la investigación, que es el que genera las explicaciones y el tipo de fármaco específico que deben utilizar los clínicos. El paso a primer plano de la investigación genética en los últimos veinte años ha reforzado aún más esta tendencia (Menéndez, 2002).

Quiero subrayar, 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, tanto en la relación afectiva con el paciente como en la estrategia curativa y hasta diagnóstica, pero estas habilidades personales se consideran secundarias desde la perspectiva de la biomedicina en términos de institución y de 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 al proceso *s/e/a* y de las otras formas de atención contempladas por la biomedicina como formas culturales y, en consecuencia, excluidas o por lo menos subalternizadas. Pero un aspecto importante que hay que recordar es que el médico no tiene formación profesional sobre los factores y procesos socioculturales y económico-políticos, que inciden en el desarrollo y mantenimiento de los padecimientos. Salvo en el campo de la salud, en el cual puede haber formación sistemática, el resto del personal de salud incluye estos aspectos, si es que le interesa, a través de sus posibilidades y habilidades personales y no de una formación técnica específica. Sin embargo, no resulta el factor que más me interesa analizar, ya que para mí el más decisivo es observar si el personal de salud considera estos factores como importantes de manejar a nivel de su acto médico, y de ser relevantes ¿cómo los utilizaría para contribuir a mejorar, controlar o curar el padecimiento? Y frente a este interrogante debemos reconocer que en el nivel de la intervención la mayoría de los médicos dejan de lado dichos aspectos; una cosa es reconocer que la situación de extrema pobreza y marginalidad incide en la desnutrición, y otra poder operar con dichos factores en la intervención clínica más allá de un proceso de rehabilitación, que no puede evitar la recidiva, a menos que haga una mejora de las condiciones de vida y alimentación generadas por el desarrollo y distribución económicos o, por lo menos, que existan programas de alimentación complementaria. Prácticamente ningún médico ignora esta influencia, aunque una parte prefiera hablar de malnutrición y subrayar ciertos aspectos de ésta más que los de desnutrición, lo cual en función

de lo que venimos desarrollando es, no obstante, secundario. Si bien el personal médico 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 esta limitación la podemos observar a través de los aspectos más decisivos del trabajo médico.

Desde por lo menos la década de los 50 diferentes tendencias de la Psicología, la Sociología, la Antropología y la misma Biomedicina vienen señalando la importancia de la relación médico/paciente para el diagnóstico y el tratamiento y, en consecuencia, la necesidad de mejorarla, hacerla más simétrica e 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 de la mejora 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 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 la década de los 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 el facultativo aprenda a decodificar cultural y profesionalmente el significado de dichas narrativas. Esta propuesta tiene sus dos principales centros de influencia en las escuelas de Medicina de Harvard y de Berkeley, donde trabajan respectivamente Kleinman (1988a, 1988b) y Good (1994), que en el caso de este último ha implicado el desarrollo de un programa especial de formación de médicos dentro de dicha concepción. Éstos, pero también autores pertenecientes a otras tendencias como la denominada Antropología Médica Crítica, proponen la articulación de las distintas formas de atención como parte de la intervención biomédica o, si se prefiere, de los servicios de salud (Conrad y Schneider, 1980; Perdiguero y Comelles, 2000; *Social Science & Medicine*, 1986, 1990).

Debemos recordar que, más allá de algunas particularidades, esta propuesta reitera lo señalado por diferentes corrientes desde al menos la década de los 20 (Menéndez, 1981, 2002), y subrayo lo de la reiteración, porque dicha propuesta opera más en el plano de la reflexión teórica y de las experiencias universitarias que en el plano de los servicios de salud, los cuales –por lo menos en algunos aspectos significativos– suelen orientarse en un sentido inverso a 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. Si observamos sistemas de salud como el británico o el mexicano, ¿qué es lo que encontramos? Hallamos que, pese a reconocer las críticas señaladas respecto a las características dominantes en la relación médico/paciente y la necesidad de revertir la orientación de los servicios, 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. En suma, 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 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 consulta a nivel de atención primaria es de cinco minutos.

La relación médico/paciente se caracteriza especialmente en el primer nivel de atención, pero también en el nivel de especialidades, por la duración cada vez menor del tiempo de la consulta, por reducir cada vez más la palabra del paciente, y también por disminuir 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 citar algunos datos económico/demográficos y algunas características del tratamiento –generalmente la enumeración de los tipos de fármacos–, 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. Es interesante al respecto observar como, por ejemplo, uno de los principales especialistas mexicanos en alcoholismo (Velazco Fernández, 1980, 1981), igual que uno de los más destacados clínicos mundiales especializados en este padecimiento (Edwards, 1986, 1988), consideran decisiva la profundización de la indagación clínica singularmente para el paciente con alcoholismo crónico y/o dependiente. Conforme a ello, hablan inclusive de la necesidad de desarrollar habilidades clínicas y existenciales especiales, para terminar asumiendo que ya no es posible realizarlas, a pesar de reconocer, sobre todo en el caso de Edwards, que la misma 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 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 respecto a los padecimientos, al referirlos cada vez más a indicadores objetivos. Actualmente la posibilidad de establecer diagnósticos y tratamientos no se depositan 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. Ello ha tenido consecuencias para la relación médico/paciente y también para la identificación profesional del médico consigo mismo (Reiser, 1978). Subrayo nuevamente 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 y la relación médico/paciente, que no pueden ser observadas si no se incluye la dimensión histórica. Ésta, sin embargo, aparece excluida frecuentemente de la reflexión y la acción médica. Esta situación de 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 ciertos fármacos para el abatimiento o control de algunos 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 una utilización prolongada que evidencia que dicha eficacia es momentánea o que su aplicación podría generar más problemas que los de su ausencia de empleo. Estos procesos no aparecen incluidos en la formación profesional ni en la práctica médica como aspectos reflexivos de su intervención. De esta manera 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 ciertos casos fue consecuencia de un determinado uso médico original que la gente aprendió de forma directa o indirecta a través del propio personal de salud. Una simple y no demasiado profunda indagación histórica posibilitaría constatar que algunas formas incorrectas de administración de antibióticos, el disulfirán o el clorofenicol durante las décadas de los 50 y 60, fueron aprendidas por los pacientes a través del personal de salud; que el amamantamiento fue cuestionado por parte del equipo de salud 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; o que el consumo de ciertas drogas psicotrópicas, actualmente consideradas adictivas, fuera impulsado por los tratamientos médicos, inclusive desde la primera infancia, respecto a una notable variedad de padecimientos que van desde los respiratorios agudos a la hiperkinesia. La aplicación de la dimensión histórica posibilitaría observar el gran número 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 cumple varias funciones, entre ellas la omisión de los efectos negativos no sólo de la prescripción médica, sino de su notoria influencia en el uso de la automedicación por la población. Ello, 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, con-

forme ha sido observado reiteradamente a través de estudios realizados recientemente en países subdesarrollados y desarrollados.

Tal vez los aspectos más excluidos por la biomedicina son los que corresponden al campo cultural. Aunque 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 *s/e/a*, sobre todo en los últimos años ha disminuido la inclusión –no tanto su reconocimiento– de los factores religiosos o de las creencias populares respecto al proceso *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 procesos que indicaban determinadas tendencias patologizantes en un grupo social determinado, dichos factores han sido cada vez más excluidos. En las décadas de los 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 a los programas de planificación familiar o al uso de protecciones en las relaciones sexuales. Pero, mientras en dichas décadas se pensaba cómo modificar culturalmente los saberes populares, actualmente se piensa a través de qué mecanismos administrativos y médicos puede generarse esta modificación. Para ello se proponen diferentes estrategias. Unas se dirigen a la estimulación económica al equipo de salud para elevar el número de mujeres “controladas”, lo que incluye la aplicación de la esterilizaciones femeninas y, con menor frecuencia, masculinas, frecuentemente sin consentimiento informado. Otras se orientan a la aplicación de programas contra la pobreza, donde la planificación familiar aparece como uno de los objetivos básicos para solucionarla o, por lo menos, para reducir algunas características consideradas simultáneamente como efecto/causa de ella. En suma, el equipo de salud y/o el de desarrollo social, más que actuar sobre las condiciones culturales, opera a través de acciones médicas o de estimulación económica.

La dimensión cultural es cada vez menos utilizada, salvo ante ciertos padecimientos. Los procesos sociales y no los culturales son los que más suelen tomarse en cuenta, aun en el caso del SIDA o de las adicciones. En las décadas de los 50 y 60, toda una corriente epidemiológica se preocupó por detectar y establecer en América Latina cuáles eran los patrones culturales de consumo de las sustancias adictivas, que en aquella época se centraban básicamente en el alcohol, lo cual contrasta con las tendencias epidemiológicas actuales respecto a las adicciones, donde esta preocupación ha desaparecido y no ha sido reemplazada por ninguna otra búsqueda de factores y procesos culturales. De esta manera, aunque los especialistas hablan de la importancia de los comportamientos culturales para la prevención de un determinado problema, no se generan las investigaciones para obtener este tipo de información y, menos aún, la aplicación de acciones de tipo cultural (Menéndez, 1981, 1990a, 2000; Menéndez y Di Pardo, 1996, 2003).

Pero tanto hace cuarenta años como en la actualidad, la biomedicina utilizó y utiliza la dimensión cultural en un sentido de tipo fuertemente negativo. Se observa sobre todo cómo dichos factores favorecen el desarrollo de padecimientos o se oponen a prácticas biomédicas que podrían abatirlos, 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, especialmente de las consideradas “tradicionales”, fue propuesto por las estrategias de atención primaria y se han generado investigaciones al respecto, las mismas han sido escasamente impulsadas por el Sector Salud, salvo en contextos específicos y reducidos y, sobre todo, desde la concepción de ampliar la cobertura a bajo costo y para poblaciones marginales rurales.

Tomando en cuenta los procesos y factores culturales es como 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 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.

Podríamos seguir enumerando otros rasgos, a través de los cuales observar procesos que explicarían el distanciamiento, la subordinación o la negación de otras formas de atención por parte de la biomedicina, pero para concluir con esta revisión sólo nos referiremos al último de los rasgos enumerados, es decir, el que refiere a los criterios mediante los cuales la biomedicina se distingue de la mayoría de las otras formas de atención. Si bien hay varios indicadores, el decisivo remite dicha diferenciación a principios de racionalidad científica, expresados sobre todo a través de la dimensión biológica. Y es en este rasgo donde se sintetizan 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. Aunque la eficacia, la eficiencia o las condiciones de atención de la biomedicina constituyen criterios importantes, el criterio decisivo se refiere a la racionalidad científico/técnica.

El conjunto de estas y otras características del MMH, y no cada característica en sí misma (Menéndez, 1990a), tiende a establecer una relación de hegemonía/subalternidad de la biomedicina respecto a las otras formas de atención no biomédicas, de tal manera que tiende a excluirlas, ignorarlas o a estigmatizarlas, aunque también conduce a una aceptación crítica o inclusive a una apropiación o a un uso complementario sobre todo de ciertas técnicas. Todo ello, no obstante, siempre que se las asigne un carácter subordinado.

Reitero que no niego la importancia de la investigación biomédica, los aportes de la farmacología y la capacidad de detección diagnóstica a través de pruebas e indicadores objetivos, pero lo que me interesa señalar es que éstas y otras características e instrumentos contribuyen a excluir, negar o secundarizar las otras formas de

atención no biomédicas mediante criterios que sólo se refieren a la dimensión científica del proceso s/e/a⁹.

Este proceso adquiere un cariz especial en el caso de las relaciones que se establecen entre la biomedicina y la autoatención de los padecimientos, debido a que éste se ha ido convirtiendo en uno de los campos relacionales más frecuentes y respecto al cual se generan tal vez más vínculos conflictivos tanto en la relación médico/paciente como en la del Sector Salud/conjuntos sociales. Esto ocurre, como analizaremos de inmediato, por dos razones básicas; porque la autoatención es el modo de atención a la enfermedad más frecuentemente utilizado 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.

Estas afirmaciones, que sustento a través de nuestras propias investigaciones y de estudios desarrollados por otros investigadores orientados por este enfoque (Menéndez, 1981, 1982, 1983, 1984, 1992; Mendoza, 1994; Osorio, 1994; Ortega, 1999), parten de considerar la autoatención a través de toda una serie de características que analizaré más adelante, pero sobre todo de observarla como proceso. Ello se diferencia de las investigaciones generadas desde la biomedicina que consideran la autoatención como una entidad en sí y sólo referida a actividades muy específicas. Esto conduce a un notorio subregistro de las actividades de autoatención, inclusive en las investigaciones biomédicas 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 particularmente con la biomedicina.

4. 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 grupos sociales respecto a dicho proceso. La autoatención constituye una actividad constante, aunque intermitente, llevada a cabo 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, dado que frecuentemente es un paso necesario en la implementación de las mismas.

Por autoatención nos referimos en este trabajo 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

⁹ Por supuesto que en este proceso de secundarización y exclusión inciden factores de tipo ocupacional y de competencia en el mercado, pero no vamos a analizarlos ahora.

de la actividad de autoatención. De esta manera, la autoatención implica decidir la autoprescripción y el uso de un tratamiento en forma autónoma o relativamente autónoma. En definitiva, la autoatención se refiere a las representaciones y prácticas que manejan los sujetos y grupos respecto a sus padecimientos, incluyendo las inducidas, prescritas 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 independice, cuando menos en términos de autonomía relativa.

Pero la autoatención puede ser pensada en dos niveles, uno amplio y otro restringido. El primer nivel alude 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, singularmente, del grupo doméstico. Estas formas 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 las actividades de preparación y distribución de alimentos, la obtención y utilización del agua, el aseo del hogar, del medio ambiente inmediato y del cuerpo, etc. Es parte de la autoatención el aprendizaje de la relación con la muerte en los diferentes términos prescritos por cada cultura, que pueden incluir el cuidado del sujeto moribundo, ayudar a morir o el manejo del cadáver en función del sistema de creencias. La autoatención, según la estamos definiendo y más allá de que ciertos actos se expresen fenoménicamente a través de individuos, se refiere a microgrupos y especialmente a aquéllos que más inciden en los procesos de reproducción biosocial y que incluyen sobre todo al grupo doméstico, pero también al grupo de trabajo, al de adolescentes...

La definición restringida remite a las representaciones y prácticas aplicadas intencionalmente al proceso *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 esta ruptura –igual que casi todo corte de tipo metodológico– opera como un mecanismo de ordenamiento de la realidad y que, en consecuencia, dicha separación excluye –por supuesto que metodológicamente– determinados hechos como, por ejemplo, la permeabilidad entre distintos tipos de actividades. El corte metodológico posibilita concentrarnos justamente en la autoatención de tipo restringida, pues es la que nos interesa analizar, pero asumiendo 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 ciertos padecimientos sin intervención directa y/o inmediata del médico o del personal de salud habilitado para ello. La automedicación sólo es parte de la autoatención, y el haber reducido la autoatención a automedicación es justamente un efecto del saber biomédico, conforme veremos luego. En consecuencia, debe subrayarse que la automedicación no se 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.– y, para algunos autores, actividades de muy diferente tipo –cataplasmas, ventosas, masajes, etc.–, que son decididas y usadas por los sujetos y microgrupos con autonomía relativa para actuar respecto a sus padecimientos o para estimular ciertos comportamientos. La biomedicina casi sólo piensa la automedicación a través de los fármacos producidos por la IQF, pero si bien ésta es actualmente la forma más extendida de automedicación en numerosos grupos sociales, no por ello la automedicación remite 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 el salubrismo especialmente a partir del concepto estilo de vida. De esta manera, por autocuidado se suelen entender las acciones realizadas por los individuos para prevenir el desarrollo de ciertos padecimientos y favorecer algunos aspectos de salud positiva. El uso de este concepto por el Sector Salud es marcadamente individualista, y se diferencia del de autoatención cuyo carácter es básicamente grupal y social. Pero lo importante a considerar aquí es que el concepto de autocuidado constituye una variante del de autoatención, impulsado a través de determinadas ideologías no sólo técnicas sino sociales. En consecuencia, las actividades de automedicación y autocuidado son parte del proceso de autoatención, pero no su equivalente, ya que autoatención constituye el concepto y proceso más inclusivo¹⁰.

Dados nuestros objetivos, me interesa recuperar lo ya señalado: que la biomedicina desarrolla sus críticas y oposiciones respecto 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 el 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 deriva de investigaciones sistemáticas sobre lo negativo o beneficioso de la automedicación. En los países europeos y americanos contamos con muy escasas investigaciones al respecto¹¹.

¹⁰ 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 usuarios del concepto de autocuidado es el estilo de vida individual el que posibilitaría reducir o eliminar las conductas de riesgo respecto a 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 posible reducir dichos riesgos.

¹¹ En dos revisiones de la bibliografía, generada respecto al autocuidado, automedicación y autoatención para los lapsos 1951-1980 y 1981-2000, detectamos muy escasos trabajos sobre autoa-

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 y, particularmente, 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, se ha incrementado en las últimas décadas debido a que habría aumentado la automedicación con fármacos y a que una parte de éstos tendría 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 indiscriminado¹².

Pero más allá de que los cuestionamientos biomédicos sean o no correctos, me interesa subrayar la visión unilateralmente negativa de la biomedicina hacia la 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. Para nosotros la biomedicina ha desarrollado una relación contradictoria y escotomizante respecto al proceso de autoatención, dado que, por una parte, lo cuestiona en términos de automedicación, mientras que, por otra, impulsa constantemente actividades de autocuidado y de otras formas de autoatención.

El análisis de estos procesos implica primero precisar algunos aspectos del proceso de autoatención. A partir de los aspectos señalados consideramos a la autoatención como un proceso estructural, constante, aunque en continuo proceso de modificación. El carácter estructural de la autoatención deviene de algunos hechos básicos, e implica que aquélla se constituye como un proceso necesario en toda cultura a través de las acciones de los pequeños grupos para contribuir a asegurar el proceso de reproducción biosocial. Todo pequeño grupo, en particular el grupo doméstico, se caracteriza por la frecuencia, recurrencia y continuidad de episodios de enfermedades, padecimientos, daños y/o problemas que afectan a 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 mediante 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,

tención desde la perspectiva que estamos desarrollando. La mayoría se refiere a la automedicación como práctica popular negativa.

¹² Es obvio que la alta peligrosidad de algunos medicamentos no es sólo una cuestión reciente. Algunos fármacos de antigua elaboración eran simultáneamente medicinas y venenos, dependiendo dicha consecuencia de la dosis consumida.

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 resulta decisiva para la supervivencia y/o la calidad de vida del sujeto enfermo.

El núcleo de la existencia y continuidad de la autoatención se refiere a la frecuencia de padecimientos agudos de muy diferente tipo, a la existencia e incremento de enfermedades crónicas físicas y mentales y a la búsqueda de estimulaciones psicofísicas con diferentes objetivos. De esta manera, toda sociedad necesita desarrollar saberes específicos en los grupos donde emergen estos padecimientos u objetivos de vida, estableciendo inclusive una división del trabajo, singularmente, en el grupo familiar, donde la mujer en su papel de esposa/madre es la que se hace cargo del proceso s/e/a de los miembros del grupo. La mujer en dicho papel será la encargada de diagnosticar el padecimiento, de manejar, por lo tanto, indicadores diagnósticos y de establecer una evaluación de la gravedad o levedad del mismo. Tendrá alguna noción de la evolución de los padecimientos, así como frecuentemente una noción de la variedad estacionaria de determinadas enfermedades. Será ella la que implemente los primeros tratamientos y 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 existentes¹³ (Menéndez, 1992).

La autoatención casi siempre es la primera actividad que el microgrupo realiza respecto a los padecimientos detectados, y esa actividad no incluye de entrada ningún curador profesional. Aun cuando inicialmente pueda consultar a algún miembro de los espacios familiares y sociales inmediatos, éste 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 sociales y culturales ya señaladas, cuando el sujeto y su microgrupo deciden consultar o no a curadores profesionales de una de las formas de atención que reconocen y aceptan. La decisión de ir a consultar a un curador profesional y una parte de las actividades, que se realizan tras la consulta, constituyen también parte del proceso de autoatención. Después 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 tras la consulta también, son parte de este proceso.

¹³ Para evitar equívocos, lo que describo es la fenomenología de la autoatención en el 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.

La decisión de consultar curadores profesionales se hace desde determinados saberes y experiencias, que van a incidir en el tratamiento y en la relación curador/paciente. El sujeto y su grupo pueden consultar uno o más curadores y servicios, pero siempre a partir del núcleo de autoatención. De ahí que la autoatención no debe ser considerada un acto que los sujetos y grupos desarrollan aislada y autónomamente, sino un proceso transaccional entre éstos y las diferentes formas de atención que operan como sus referentes. Más aún serán 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, permanece frecuentemente ignorante de una carrera del enfermo que articula diferentes modos y hasta sistemas de atención con el objetivo de hallar una solución a sus problemas. Esto es debido en gran medida 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 no sólo los actos de los sujetos y microgrupos sino de los diferentes curadores que intervienen en dicho proceso. La tendencia ajena a lo relacional, que ha dominado el estudio del proceso salud/enfermedad/atención, tiende a colocar el acento sobre cada actor en sí, en lugar de situarlo sobre el proceso relacional que incluye todos los actores significativos que intervienen en el mismo.

El conjunto de las actividades y articulaciones que estamos señalando se dan potencialmente en todo grupo y sujeto más allá de su nivel educacional y económico, aunque éstos y otros factores –como ya vimos– inciden en las características específicas que tendrá el proceso de atención. No cabe duda de 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 o la pertenencia a algún sistema de seguridad social incidirán en el tipo de atención y autoatención desarrollado. Pero un aspecto decisivo es que la autoatención se constituye estructuralmente no sólo por las razones señaladas, sino porque implica la acción más racional, bajo la óptica cultural, de estrategia de supervivencia e inclusive de costo/beneficio, no sólo en términos económicos, sino de tiempo por parte del grupo. Y ello, en la medida en 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 padecimientos, 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 padecimientos, nos estamos refiriendo a una extensa variedad que va desde dolores episódicos de cabeza, dolores musculares leves, temperaturas poco elevadas, resfriados o escozores transitorios, a dolores del alma, estados de tristeza, ansiedades o pesares momentáneos. Toda una serie de

dolores, procedentes de golpes, accidentes o relaciones sociales, operan durante parte del día o de la semana en algunos de nosotros. En definitiva, hay todo un conjunto de padecimientos que el sujeto experimenta y autoatiende de alguna manera a través de cada día. Respecto a estos padecimientos, puede no hacer nada, o sólo hablarlo con alguien, dejando que el transcurso del tiempo lo solucione, lo cual también es parte de las acciones de autoatención. Todos estos padecimientos son atendidos y solucionados a través de la autoatención, a menos que se agraven o que su reiteración y/o continuidad preocupen al sujeto y a 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 en el interior del grupo, y solo 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 crónicas y de las discapacidades 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 hace, se reducirá significativamente su esperanza de vida. De esta manera, la mayoría de las acciones respecto a los padecimientos agudos y crónicos se realiza de modo autónomo o articulado con otras formas de atención, a través de la autoatención.

El conjunto de estas acciones supone la existencia de un saber respecto al proceso 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 provisionales o tipo de tratamiento, implica sobre todo la existencia de este saber, que se ejercita constantemente a través de diferentes tipos de padecimientos, y es a partir de este saber como se establecen las relaciones transaccionales con las otras formas de atención. Cuando un sujeto acude 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 subrayable, 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.

No obstante, la autoatención y la automedicación no se refieren sólo a la intervención sobre los padecimientos, sino también deben ser remitidas a la aplicación de tratamientos, al consumo de sustancias o a la realización de actividades que, según los que las usan, posibilitaría 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 permitirían ciertos rendimientos y goces. Desde esta perspectiva las diferentes formas de adicción pueden ser consideradas parte del proceso de autoatención (Menéndez, 1982, 1990a; Menéndez y Di Pardo, 2003; Román y Comelles, 1991; Szasz, 1979a, 1979b). Más aún toda una serie de actividades impulsadas, sobre todo en los últimos años, 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 las tardes –dado que, por lo menos, en algunas sociedades las noches se han tornado peligrosas–, ir de vez en cuando al gimnasio, beber entre tres y cuatro litros de agua diarios, practicar yoga o realizar ciertos ejercicios zen.

Desde la perspectiva que estamos desarrollando, la automedicación no sólo alude al consumo autónomo de aspirinas, antibióticos o psicotrópicos en calidad de fármacos, sino que se refiere al consumo de anabólicos, infusiones de boldo, tila o alcohol en determinadas situaciones. Con todo, será la intencionalidad con la que se utilice cualquiera de estas sustancias la que les aporte 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 químico/farmacéutica y la publicidad tienen que ver centralmente con esta tendencia al consumo de ciertos productos. También se ha señalado que el desarrollo de determinadas ideologías en busca de una salud y juventud más o menos permanente, o de algunos equilibrios psicofísicos, ligados o no a concepciones religiosas y/o consumistas, han impulsado ciertas formas de autoatención y automedicación. Pero también toda una serie de grupos, organizados a partir de un padecimiento –Alcohólicos Anónimos, Neuróticos Anónimos, Clubes de Diabéticos– o de la reivindicación de su identidad diferencial –movimiento feminista y gay–, han impulsado procesos y técnicas de autoatención, de tal manera que debemos reconocer la existencia de muy diferentes sectores sociales y de objetivos personales que potencian la autoatención, incluida la automedicación.

5. La biomedicina como generadora de autoatención

Hemos tratado de demostrar en este trabajo que hay una intensa y constante relación entre las actividades biomédicas y las de autoatención a partir de procesos impulsados sobre todo por las necesidades, los 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 procedentes de diferentes orígenes, debe asumirse que la biomedicina constituye actualmente una de las principales fuentes, según algunos autores, la principal, de las actividades de autoatención.

Además hemos señalado que la biomedicina cuestiona y/o ve negativamente a la automedicación, a la que considera responsable de toda una serie de consecuencias negativas para la salud, pero que simultáneamente la biomedicina valora positivamente el autocuidado y genera toda una serie de actividades que impulsan, aparte de éste, 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 de que el grupo familiar y sobre todo la mujer aprendan a planificar, utilicen varios métodos anticonceptivos –especialmente la píldora– y, sobre todo, los usen autónomamente.

El Sector Salud y toda una variedad de organizaciones no gubernamentales (ONG) han difundido el uso autónomo de la rehidratación oral, enseñando inclusive 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. El SS y otros grupos han promovido intensamente el uso del condón no sólo como técnica anticonceptiva, sino como mecanismo preventivo respecto a enfermedades de transmisión sexual que los sujetos deberían decidir autónoma y/o relacionadamente.

En algunos países el SS está tratando de 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 a que los varones se hagan cada seis meses o un año medición del antígeno prostático, y las mujeres realicen papanicolau u otras formas más sofisticadas de detección de determinados padecimientos. El SS y, sobre todo, determinadas ONG promueven que las mujeres aprendan a palpar sus senos para detectar también problemas que posibiliten una intervención oportuna. Las ONG de orientación feminista han enseñado a las mujeres a emplear el espejo vaginal y el uso de otros instrumentos y saberes que les permita proteger su cuerpo.

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 y a autoinyectarse insulina. Después de que durante años la biomedicina cuestionara o ignorara el papel de los grupos de Alcohólicos Anónimos, actualmente en numerosos contextos el SS ha reconocido que los grupos de AA son parte central del tratamiento contra el alcoholismo, y aconseja a los “alcohólicos rehabilitados” su permanencia en estos grupos como principal mecanismo de control de dicho padecimiento, dada la alta frecuencia de recaídas que caracterizan no sólo al consumo de alcohol sino al conjunto de los comportamientos adictivos (Menéndez y Di Pardo, 1996, 2003).

En suma, por un lado, la biomedicina y el Sector Salud cuestionan la automedicación y, por otro, impulsan, favorecen, incorporan o aceptan formas de autoatención, incluidos ciertos tipos de automedicación. Más aún, varias de las acciones 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. En consecuencia, domina en la biomedicina una especie de escotomización respecto al 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 decisiones y acciones de los grupos sociales. Esta manera de pensar la autoatención por el SS contribuye a seguir responsa-

bilizando a la “víctima” de los problemas que la aquejan, pero en este caso la responsabiliza negativamente de las soluciones positivas que ha ideado a través de las diferentes formas de autoatenderse.

El Sector Salud debe asumir que la autoatención no sólo es la principal forma de atención desarrollada por los propios conjuntos sociales, sino que es a través de ella como los sujetos y grupos se relacionan con las otras formas de atención, incluida la biomedicina. Mediante la autoatención los sujetos se apropian de las otras formas y las relacionan, y es en este proceso donde se generan consecuencias negativas y positivas para la salud. Sin embargo, considerar básica la autoatención no supone que pensemos que es siempre acertada y eficaz. Por el contrario, pensamos que una parte sustantiva de ella –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 evidencian su capacidad de acción, creatividad y encontrar soluciones. Por ello es un mecanismo potencial –y subrayo lo de potencial– de afianzamiento de ciertos micropoderes, así como de la validez de sus propios saberes¹⁴.

El proceso de autoatención se desarrolla actualmente en gran medida a través de la relación directa e indirecta con la biomedicina. Éste es un proceso dinámico y cambiante, que permite observar que procesos de autoatención, cuestionados durante un tiempo, ahora son aceptados como comportamientos “naturales” ¿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 ya olvidado. Sin embargo, actualmente otras apropiaciones tecnológicas por los sujetos y grupos son cuestionadas en nombre de la complejidad técnica y científica.

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

¹⁴ Subrayo lo de potencial, porque algunos autores colocan en el ejercicio de estos micropoderes la posibilidad de un desarrollo generalizado del poder.

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, que se ha ido evidenciando en los últimos años y 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 una parte, a la cantidad de información técnica que posee este tipo de paciente y, por otra, a que su modificación del tratamiento obedece a la experiencia de su propio cuerpo con el tratamiento recetado. De esta manera el paciente decide aumentar, reducir la dosis o espaciarla según su conocimiento y su propia experiencia; acciones 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 ella. 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 (Cortés, 1997).

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.

6. Propuestas relacionales

A lo largo de este texto hemos querido subrayar no sólo el peso decisivo de la autoatención, sino la existencia de relaciones de diferente tipo entre ésta y las actividades biomédicas, y que, en consecuencia, más allá del reconocimiento de los aspectos potencialmente negativos de la autoatención, en lugar de cuestionarla constantemente, estigmatizarla, negarla e inclusive intentar prohibir la adquisición de medicamentos, el SS debería tratar intencionalmente de utilizarla. Y ello, no sólo por su potencial eficacia, sino porque dicha forma de atención puede ser prohibida pero no eliminada debido a las características descritas previamente y, sobre todo, al papel que cumple en el proceso de reproducción biosocial.

Ya hemos 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 a los conjuntos sociales. La autoatención evidencia que, si bien los sujetos y grupos se equivocan, usan incorrectamente los medicamentos, etc., también pone de manifiesto que aquéllos aprenden, modifican, resignifican sus prácticas, y que una parte de esa automedicación ha sido decisiva para abatir o controlar determina-

dos 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 un uso que evidencian en la propia experiencia del sujeto y su grupo que el fármaco consumido es eficaz o por lo menos más efectivo que otros productos. El hecho de que la población utilice estos fármacos e inclusive autonomice su uso, indica 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 que resulta intrínseca al fármaco.

El proceso de autoatención deja patente no sólo que la gente se apropia y aprende, sino que el SS, el personal de salud y 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 tiempo en que se constituyen aperturas afectivas y cognitivas para poder asumir lo prescrito de una manera experiencial.

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 el SS ha ido impulsando en la práctica algunas articulaciones, como hemos visto, pero conjuntamente sigue manteniendo una crítica a determinadas formas de autatención, y continúa estigmatizando la automedicación. Mi propuesta no es eliminar la crítica, sino fundamentarla. 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 SS 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, sería necesario que el Sector Salud y el personal de salud asumieran que la autoatención no constituye un proceso aislado u opuesto al quehacer biomédico, sino que es parte integral del proceso s/e/a que incluye a ambos. En consecuencia, se debería abandonar una actitud escotomizante de la realidad, impulsando un saber relacional de la misma.

Por último, quiero aclarar que nuestro énfasis en la autoatención no supone eliminar ni menguar la responsabilidad del Estado respecto a las acciones contra la enfermedad; no conlleva 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. Nuestra propuesta obviamente no va por este camino, aunque esa forma ha sido la vía por la 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. Proponemos la inclusión del protagonismo 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 atención, lo cual implica incluir la responsabilidad económica y social del Estado tanto respecto a los servicios de salud como hacia los grupos y sujetos. Y ello, 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.

Debemos asumir lo más claro posible, en términos críticos de tipo epistemológico y de acciones técnicas y sociales, 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 metodológica 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, 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 aún, 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 he señalado en otros trabajos (Menéndez, 1981, 1982, 1983, 1990b, 1994; Menéndez y Di Pardo, 2003), la inclusión de las diferentes formas de atención dentro de las relaciones de hegemonía/subalternidad, que operan en un contexto determinado, posibilita analizar dinámicamente las transacciones que se desarrollan entre los diferentes actores sociales y, en consecuencia, encontrar en sus prácticas el sentido y la orientación de sus saberes. El papel de la biomedicina, la autoatención o la herbolaria no se define a priori en función de las características de cada saber¹⁵, tomado

¹⁵ Saber es un concepto que se refiere a las representaciones y prácticas que utiliza un actor determinado, y que incluye el efecto de poder que desarrolla todo saber.

de forma aislada, sino a través de las consecuencias de sus saberes en las condiciones de salud y de vida de los conjuntos sociales estratificados.

7. Referencias bibliográficas

CAMPOS, Roberto

1990 *Nosotros los curanderos. Aproximación antropológica al curanderismo contemporáneo en la ciudad de México*. Tesis de Maestría en Antropología Social. México: ENAH.

CONRAD, Peter

1976 *Identifying hyperactive children*. Lexington: Lexington Books.

CONRAD, Peter; SCHNEIDER, Joseph

1980 *Deviance and medicalization. From badness to sickness*. St. Louis: The C. V. Mosby.

CORTÉS, Beatriz

1997 "Experiencia de enfermedad y narración: el malentendido de la cura". *Nueva Antropología*, 52: 89-116.

DONOVAN, Jenny L.; BLAKE, David R.

1992 "Patient non-compliance: deviance or reasoned decision-making". *Social Science & Medicine*, 34(5): 507-13.

EDWARDS, Griffith

1986 *Tratamiento de alcohólicos. Guía para el ayudante profesional*. México: Trillas.

1988 "Tratamientos". *Boletín de la Organización Panamericana de la Salud*, 104, 3: 273-82.

FREYERMUTH, Graciela

1997 "Mortalidad materna: género, familia y etnia en Chenalhó". *Nueva Antropología*, 52: 141-66.

GOOD, Byron

1994 *Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.

KLEINMAN, Arthur

1988a *The illness narratives. Sufferings, healing and the human condition*. New York: Basic Books.

1988b *Rethinking psychiatry: from cultural category to personal experience*. New York: The Free Press.

MENDOZA, Zuanilda

- 1994 *De lo biomédico a lo popular: el proceso salud/enfermedad/atención en San Juan Copala, Oaxaca*. Tesis de Maestría de la Escuela Nacional de Antropología e Historia. México: ENAH.

MENÉNDEZ, Eduardo

- 1978 “El modelo médico y la salud de los trabajadores”, en Franco Basaglia et al. (eds.), *La salud de los trabajadores. Aportes para una política de la salud*. México: Editorial Nueva Imagen, 11-53.
- 1979 *Cura y control*. México: Editorial Nueva Imagen.
- 1981 *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. México: Ediciones de la Casa Chata.
- 1982 “Autoatención y automedicación, un sistema de transacciones sociales permanentes”, en Eduardo Menéndez (ed.), *Medios de comunicación masiva, reproducción familiar y formas de medicina popular*. México: Casa Chata/CIESAS, 4-52.
- 1983 *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. México: Casa Chata/CIESAS.
- 1984 *Descripción y análisis de las representaciones y prácticas de grupos domésticos sobre la mortalidad en niños menores de cinco años en una comunidad de Guanajuato*. México: Ms.
- 1990a *Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. México: Casa Chata/CIESAS.
- 1990b *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México: Alianza Editorial Mexicana.
- 1992 “Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención. Del teoricismo al movimiento continuo”. *Cuadernos Médico-Sociales*, 59: 3-18.
- 1994 “La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?”. *Alteridades*, 4, 7: 71-83.
- 1997 “El punto de vista del actor. Homogeneidad, diferencia e historicidad”. *Relaciones*, 69: 237-71.
- 2000 “Factores culturales: de las definiciones a los usos específicos”, en Enrique Perdiguero y Josep María Comelles (eds.), *Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Edicions Bellaterra, 163-88.
- 2002 *La parte negada de la cultura*. Barcelona: Edicions Bellaterra.

MENÉNDEZ, Eduardo (Ed.)

- 1982 *Medios de comunicación masiva, reproducción familiar y formas de medicina popular*. México: Casa Chata/CIESAS.

MENÉNDEZ, Eduardo; DI PARDO, Renée

- 1996 *De algunos alcoholismos y algunos saberes. Atención primaria y proceso de alcoholización*. México: CIESAS. Col. M. Othon de Mendizabal.
- 2003 *El proceso de alcoholización en México. El alcoholismo y los médicos del segundo y tercer nivel de atención*. Manuscrito. México.

- MENÉNDEZ, Eduardo; RAMÍREZ, Susana
1980 *Producción social y reproducción ideológica de los procesos de salud/enfermedad en una comunidad yucateca*. Manuscrito. México.
- ORTEGA, Judith
1999 *Proceso reproductivo femenino: saberes, género y generaciones en una comunidad maya de Yucatán*. Tesis de Doctorado en Antropología. México: El Colegio de Michoacán, Zamora.
- OSORIO, Rosa María
1994 *La cultura médica materna y la salud infantil*. Tesis de Maestría, Escuela Nacional de Antropología e Historia. México: ENAH.
- PERDIGUERO, Enrique; COMELLES, Josep Maria (Eds.)
2000 *Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Edicions Bellaterra.
- PRESS, Irving
1975 *Tradition/adaptation. Life in a modern Yucatán Maya*. Connecticut: Greenwood Press.
- REISER, Stanley
1978 *Medicine and the reign of technology*. Boston: Cambridge Univ. Press.
- ROMANÍ, Oriol; COMELLES, Josep Maria
1991 “Les contradiccions dans l’usage des psychotropes dans les sociétés contemporaines: automédication et dépendance”. *Psychotropes*, VI, 3: 39-57.
- SOCIAL SCIENCE & MEDICINE
1986 623, 2.
1990 30, 2.
- SZASZ, Thomas
1979a “La ética de la adicción”, en Thomas Szasz et al. (eds.), *Psicología del drogadicto*. Buenos Aires: Editorial Rodolfo Alonso, 89-111.
1979b “La función del mecanismo contrafóbico en la adicción”, en Thomas Szasz et al. (eds.), *Psicología del drogadicto*. Buenos Aires: Editorial Rodolfo Alonso, 9-41.
- SZASZ, Thomas et al.
1979 *Psicología del drogadicto*. Buenos Aires: Editorial Rodolfo Alonso.
- VELAZCO FERNÁNDEZ, Rafael
1980 *Salud mental, enfermedad mental y alcoholismo*. México: ANUIES.
1981 *Esa enfermedad llamada alcoholismo*. México: Trillas.