

Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina

Eduardo L. Menéndez

1. En este trabajo trataremos de articular una serie de temáticas antropológicas y médicas, con el objeto de analizar la posibilidad que existe de que la práctica antropológica en América Latina pueda producir alternativas en el campo de los problemas de salud/enfermedad.

En función de ello, haremos primero una esquemática revisión de la trayectoria de la Antropología Médica en América Latina, así como de la constitución de un modelo antropológico que funcionó como referente de la práctica y saber médicos hasta bien entrados los 60. Conjuntamente trataremos de describir las relaciones establecidas con disciplinas como la Sociología Médica en la medida que ambas jugaron papeles netamente diferencia-

dos y asimilables a proyectos de salud pública frecuentemente opuestos.

Una segunda temática a desarrollar, será la de las relaciones de la Antropología Médica con la práctica y saber médico dominantes; esto se hará a partir de reconocer la existencia de un Modelo Médico Hegemónico, así como un proceso de crisis del mismo que determinará las modalidades en que se fueron relacionando ambas prácticas. Parcialmente estas relaciones serán referidas a los perfiles epidemiológicos dominantes y a las necesidades y/o exclusiones que dichos perfiles puedan implicar para el reconocimiento de la importancia no sólo de los factores socioculturales, sino también de las disciplinas que los estudian.

El último punto estará referido a

las alternativas que pueden proponerse a partir del análisis previo; señalemos desde ya, que estas alternativas pueden ser pensadas como una continuidad respecto del modelo dominante en Antropología Médica, o como una radical superación del mismo, a partir de retomar algunos puntos nucleares de la concepción antropológica médica sobre la salud.¹

1.1. Actualmente la Antropología Médica constituye una de las ramas más dinámicas de la Antropología; y esto no sólo por la notable producción bibliográfica, sino porque a partir de ella se han dado algunos de los aportes teóricos más significativos de la producción antropológica (ver A.

Young 1982). Sin embargo no podemos concluir lo mismo respecto de la situación en América Latina; por el contrario en la última década observamos un estancamiento y sobre todo una limitación conceptual y teórica que contrasta con su anterior desarrollo.

Los comienzos más o menos imprecisos de la Antropología Médica en Latinoamérica pueden ser detectados en Mesoamérica en la década de los 20, constituyendo su expresión más significativa la serie de investigaciones biomédicas que culminaron en el Informe Shattuck para Yucatán y que contaron con la colaboración de antropólogos como Redfield, Steggerda, Benedict. A partir y en función de estos trabajos pueden distinguirse tres periodos en la producción de la Antropología Médica sobre América Latina: a) 1920-1930; b) 1940-1960 y c) 1970-.

El primer periodo sólo presenta trabajos aislados, vinculados a proyectos biomédicos, con bajo desarrollo teórico. El segundo periodo es el más relevante, no sólo por la notable cantidad de trabajos,² sino porque varias

¹ Quiero subrayar que nuestro trabajo se refiere exclusivamente al contexto latinoamericano, y dentro de éste las situaciones específicas han sido "pensadas" básicamente en torno a México y Argentina. Esto implica que no hablaremos de la producción antropológica médica a nivel general, sino sólo a la producida en o sobre nuestros países. El segundo elemento a aclarar es que el análisis de las relaciones entre Antropología y Sociología no supone plantear ninguna discusión sobre cuál de las dos tiene la *propiedad* de los diferentes temas "médicos", ya que no reconocemos diferencias a nivel epistemológico entre las mismas. Las únicas delimitaciones corresponden a las diferentes trayectorias profesionales, y es respecto de estas trayectorias que está planteado nuestro análisis.

² La producción antropológica médica constituía en los 50 el 90% de toda la producción bibliográfica en Ciencias Sociales, dedicadas a problemas de salud/enfermedad, mientras que en los 70 sólo conformaba el 28%; esto aparece aún más relevante si agregamos que toda la producción bibliográfica de la década de

de las investigaciones más importantes estuvieron relacionadas con los organismos de salud locales, y porque durante este periodo se constituyó un modelo explicativo de notoria influencia. El último lapso se caracteriza por un estancamiento en la producción y sobre todo por una reiteración de las temáticas y del modelo explicativo, que implicó además un total dominio de las posiciones empiricistas. Las limitaciones más significativas se verificaron en la impotencia de estos trabajos de dar no sólo "soluciones", sino interpretaciones respecto de los "nuevos" problemas de salud/enfermedad que emergían en nuestros países.

Puede decirse que las bases temáticas, metodológicas y teóricas dominantes en la Antropología Médica de América Latina se constituyeron entre los 40 y 50. Estas investigaciones se desarrollaron básicamente en Mesoamérica (sobre todo en México), Colombia y Perú. Los investigadores que iniciaron este proceso y que construyeron el marco teórico y aplicativo fueron norteamericanos en su casi totalidad y un grupo muy destacado se organizó en torno al Instituto de Antropología Social de la Smithsonian Institution.³ El trabajo se realizó pre-

ferentemente en pequeñas comunidades rurales, donde dominaba un campesinado de extracción indígena. Todo un sector de estas investigaciones tuvieron una orientación aplicativa y estuvieron directamente conectadas con los organismos nacionales de salud.

Las temáticas dominantes de esta producción antropológica fueron la relación médico-paciente, las enfermedades "tradicionales", las terapias "nativas"; en segundo término puede detectarse un interés por algunos problemas de salud mental, en particular el alcoholismo, por los problemas nutricionales y por el proceso de embarazo, parto y puerperio.⁴

La propuesta teórica global de la Antropología Social en este periodo puede esquematizarse así: la medicina científica debe ser reconocida como *la* medicina, pero ello no niega que las prácticas médicas "tradicionales" tengan su propia racionalidad diagnóstica y terapéutica, que además se halla integrada a las concepciones ideológicas (culturales) y productivas dominantes

través de los trabajos de G. Aguirre Beltrán, Julio de la Fuente y otros.

⁴ En la primera bibliografía preparada sobre temas de Antropología Médica, la de R. Badgley y M. Schulte 1966, en el capítulo Epidemiología 15 sobre 31 trabajos son sobre enfermedad mental y seis son sobre desnutrición. Es importante destacar también que de los 15 referidos a "enfermedad mental" seis son sobre alcoholismo.

los 50 constituía el 9.5% del total, mientras la producida en los 70 representaba el 66% de dicho total (ver E. Nunes 1983).

³ Podemos afirmar que en este periodo sólo México generó un aporte particular a

en la comunidad. Deben en consecuencia hallarse los mecanismos culturales que posibiliten la integración y aculturación de las prácticas médicas científicas, sin alterar culturalmente a dichas comunidades. El proceso debe darse pero con el menor costo cultural posible. Respecto de esta concepción puede hablarse de funcionalismo integrativo, pero debe subrayarse que fue la versión antropológica del funcionalismo cultural la que se conectó con los organismos de salud latinoamericanos y no el modelo parsoniano, que sólo fue manejado a nivel bibliográfico pero sin incidir en la práctica directa de los servicios, por lo menos en este período.⁵

Ahora bien el dominio de estas temáticas y de este modelo no supone que no existieran otros; más aún a principios de los 50 se instituye en Vicos uno de los proyectos claves de la

Antropología producida en y sobre América Latina. Justamente algunos conceptos manejados por los antropólogos liderados por A. Holmberg no se coordinan con el modelo anterior, ya que están centrados en el proceso de explotación, en la incidencia de la deprivación cultural (y biológica y psicológica), en la necesidad de alternativas estructurales de cambio.

1.2. La Sociología Médica había tenido muy bajo desarrollo en América Latina hasta los 60. A mediados de esta década y como epifenómeno de la institucionalización de las carreras de sociología por un lado y la emergencia de proyectos económico-políticos desarrollistas por otro se inicia el desarrollo de esta disciplina. Esto dio lugar inicialmente a la organización de una serie de seminarios nacionales cuyos objetivos y modelos teóricos iniciales fueron sacados de la Antropología Cultural y sobre todo del estructural-funcionamiento norteamericano.

A fines de los 60 y principios de los 70 asistimos a un cambio en la importancia de las disciplinas sociales respecto de los organismos nacionales y sobre todo internacionales de salud. Las Facultades de Medicina y la OPS alentarán el desarrollo de la Sociología Médica y de hecho se secundarizará a la producción antropológica.

Si bien la Sociología Médica partía de trabajos estructural-funcionalistas, será para cuestionarlos y plantear la necesidad de alternativas que tomaran en cuenta otras propuestas teóricas.

⁵ La historia reciente de las Ciencias Sociales aplicadas a la salud/enfermedad en Latinoamérica ha sido contada por sociólogos, que han generado una suerte de hiperinflación de la importancia de Talcot Parsons, achacándose a sus propuestas una incidencia que realmente no operó en Latinoamérica, por lo menos en el área salud/enfermedad. Aquí lo que se hace pasar por "parsonismo" son los productos de Redfield, Foster, y sus seguidores, que son los que trabajaron y conceptualizaron la problemática de las Ciencias Sociales aplicadas a la salud en América Latina.

Será la Reunión de Cuenca (Ecuador) convocada por la OPS en 1972 la que exprese con toda claridad esta posición. En las discusiones dominaron dos ejes: a) la crítica al "funcionalismo" dominante y b) la necesidad de modelos teóricos alternativos.

Debe subrayarse que el "funcionalismo" dominante en Ciencias Sociales aplicadas a la Salud en América Latina era justamente el producido por la Antropología, que la mayoría de estos críticos no manejaba, tanto es así, que propuestas que podían ser recuperadas críticamente como las de Holmberg, pero también de O. Simmons o de O. Lewis fueron ignoradas por estos autores en su crítica a la ideología funcionalista encarnada para ellos en el parsonismo.

Debe subrayarse que mientras la práctica antropológica, si bien de origen académico, se caracterizaba por un notable trabajo de campo y por su ligazón a organismos de salud más que a instituciones universitarias, la crítica sociológica partirá de autores latinoamericanos centrados en la Universidad, con muy baja producción investigativa, con un marcado dominio del "teoricismo" el cual cumplió una significativa función estratégica en la crítica al "funcionalismo". La Sociología Médica cuestionará a esta producción (que volvemos a reiterar era básicamente antropológica) como ideológica y como encubridora de los procesos de dominación que operaban también a través de los organismos de salud y por último como ineficaz para solucio-

nar los problemas investigados.

El aparato crítico se constituyó con elementos extraídos del marxismo estructuralista y de las teorías dependientistas, no siempre manejados con coherencia metodológica, pero que le dieron una imagen radical respecto del funcionalismo (ver H. Mercer 1983).

Durante la década de los 70 se acentúa este desarrollo diferencial de las Ciencias Sociales y Antropológicas, y así la Sociología Médica devendrá hegemónica, y a su vez la práctica antropológica evidenciará cada vez más notoriamente su estancamiento y limitaciones.

Además la Sociología Médica se proyectará sobre nuevas áreas y comenzará a generar una serie de investigaciones que la institucionalizan como una alternativa a través no sólo de la crítica teoricista, sino de la producción de análisis que evidencian las características del sistema de salud, pero también de las prácticas médicas en su relación con los conjuntos sociales. La producción antropológica en Latinoamérica, salvo excepciones, permanece inclusive al margen de las corrientes teóricas críticas desarrolladas a nivel internacional, que justamente emergen como alternativas y proyectándose también sobre nuevos objetos de trabajo. El modelo teórico dominante seguirá siendo el funcionalismo culturalista; ni el interaccionismo simbólico, ni la escuela crítica de la desviación, ni el "naturalismo" tipo Matza, así como tampoco las corrientes marxistas británicas e italianas (en Antropología) ha-

llarán continuadores entre nosotros.

Será durante este periodo cuando la Sociología Médica comience a inventariar a sus antecesores. Curiosamente uno de ellos será el notable antropólogo norteamericano B. Stern, que sin embargo no tuvo prácticamente ninguna influencia en la Antropología Médica generada en y sobre Latinoamérica, pese a haber producido entre 1930 y 1950 algunas de las obras fundamentales de crítica a las relaciones entre sociedad y práctica médica.

Los sociólogos médicos latinoamericanos propondrán como objeto de sus investigaciones, problemáticas prácticamente no tocadas por la producción anterior, en particular la antropológica. Así las relaciones entre clase y mortalidad, la salud laboral, la industria de la salud o las funciones del modelo médico "científico" se convertirán en los "nuevos problemas" que implican necesariamente para su desarrollo la consideración de procesos económico-políticos por lo menos como condicionadores de dichos procesos. Frente a un modelo antropológico médico centrado en la integración cultural, emergerá un modelo autodenominado histórico-estructural, cuyo punto de partida es en la mayoría de los casos la dimensión económico-política. Es significativo que durante este periodo, uno de los creadores y difusores del modelo dominante en Antropología Médica aseverara que la Sociología Médica estudia las diferencias económicas y clasistas, así como

las profesiones y el proceso de profesionalización, mientras que la Antropología Médica se dedica a estudiar la afiliación étnica y cultural, los sistemas de prácticas y creencias y las premisas y valores respecto de la salud/enfermedad (G. Foster 1974), dando una nueva vuelta de tuerca en la perpetuación de un modelo que ignora los procesos estructurales.

1.3. Consideramos que el Modelo Antropológico dominante en la Antropología Médica generada en los 40 sobre América Latina partió de puntos que tanto a nivel empírico (manifiesto) como parcialmente a nivel teórico podrían validarse como correctos:

- a) es real la racionalidad de los sistemas médicos nativos;
- b) es real la eficacia simbólica de las estrategias terapéuticas locales;
- c) es parcialmente correcta la articulación de estos sistemas médicos con el sistema social global (de la comunidad);
- d) es real la existencia inicial (?) de una separación pragmática e ideológica entre enfermedades tradicionales y enfermedades de los médicos;
- e) es real el rechazo o mejor dicho la crítica a la atención médica científica;
- f) es correcta la propuesta de utilizar los recursos propios como alternativas en áreas donde no existe cobertura y aun donde existe, y
- g) es correcto pensar en la enfermedad

y la cura como procesos que no pueden ser explicados en sí (biológicamente) sino que deben ser relacionados con el juego de relaciones sociales e ideológicas que las constituyen en lo que son.

Inclusive numerosos autores que parten del modelo dominante llegan a plantear propuestas que suponían su superación. Así, O. Simmons (1958) reconoce que determinados padecimientos (mediados del siglo XIX: el cólera, mediados del siglo XX: la poliomiélitis) serán básicamente investigados y solucionados por intereses de clase y es también este autor quien plantea a la relación médico-paciente en las comunidades campesinas latinoamericanas no sólo como una relación cultural, sino como una relación de clase, según la cual es esta situación la que determina los procesos de "incomunicación" y no la relación cultural "per se". Como sabemos fueron autores que partieron de un modelo funcionalista cultural los que arribaron a los conceptos de privación cultural y de patología de la pobreza refiriendo los determinantes de la misma a las condiciones económico-políticas e ideológicas. No obstante no fueron estos trabajos los que dieron el tono dominante a la producción antropológica médica sobre Latinoamérica.

Es interesante indicar que un autor que se autoubica en una línea crítica de la Antropología Médica (ver Estrella 1983), en un celebrado traba-

jo sobre la medicina aborígen en Ecuador propone las siguientes hipótesis: ". . . a) la relación agente de salud-paciente en la medicina aborígen es totalizadora y va más lejos de la enfermedad, hacia la consideración de la historia del enfermo como parte integrante de la comunidad; b) cuanto mayor sea el desconocimiento de la medicina aborígen como práctica adecuada de su cultura, mayor será el fracaso de la medicina científica en sus contactos con la población cultural aborígen; c) la integración a varios niveles, de los modelos aborígen y científico, puede dar lugar a un cambio en el aspecto salud de la población ayudando a su movilización social" (E. Estrella 1977: 28-29).

Las dos primeras hipótesis fueron planteadas y "verificadas" en Latinoamérica por los antropólogos culturales norteamericanos entre los 40 y 50, y la tercera hipótesis lo fue parcialmente; el punto a discutir sería qué significa "movilización social" para Estrella y qué significa para Foster, Erasmus, Kelly, García Manzanedo (ver G. Foster 1952 y 1958). Para contribuir tal vez un poco más a una momentánea confusión recordemos que las investigaciones que sobre alcoholización realizaron en Latinoamérica los antropólogos culturales (Mangin, Madsen, Keauney, Simmons, Heath, etcétera) se caracterizan por evitar la estigmatización del problema y por reconocer en el alcoholismo no un fenómeno de enfermedad, sino básicamente una función social e ideológica que ad-

quiere caracteres positivos en numerosos contextos. Es decir, su concepción es antimedicalizadora, tal como lo sostendrían ulterior o coetáneamente las corrientes críticas en salud mental.

Ahora bien, lo que queremos señalar con estos reconocimientos no es la mera coincidencia entre un autor que critica a las corrientes funcionalistas y que sin embargo propone hipótesis similares; tampoco pretendemos reconocer una potencialidad crítica inesperada en el funcionalismo ni retomar la importancia de las aseveraciones empíricas. Lo que proponemos es justamente superar el empiricismo y las compartimentaciones para referirlas a la totalidad del modelo que da cuenta de la real operatividad del mismo. Señalo esto como forma de superación de los críticos al funcionalismo culturalista que se caracterizan por evidenciar un desconocimiento real de los trabajos que critican y cuyo análisis permanece en consecuencia en un nivel de abstracción que no da cuenta de las particularidades y que queda atónito ante las frecuentes inconsecuencias del modelo. Pero también proponemos lo analizado como límite posible a la recuperación del funcionalismo focalizando sus "aciertos", y evadiendo la inclusión de dichos "aciertos" en el modelo global que los determina y les da su verdadero significado más allá del manejo oportunista del dato empírico "en sí".

Lo que planteamos implica en consecuencia dar cuenta más expresamente de los caracteres dominantes

del modelo que sobredetermina dichos hechos. Al respecto podemos decir que los caracteres básicos del modelo son los siguientes:

- a) dominio de un enfoque microsociológico centrado en la integración superestructural;
- b) escotomización del área salud/enfermedad de las otras áreas; se plantea la globalidad pero la misma se agota en la comunidad, sin referencias o referencias limitadas a los condicionamientos económico-políticos generales;
- c) el modelo tradicional/moderno impone una visión dicotómica que avala no sólo la escisión entre enfermedades científicas y tradicionales, sino que implica un proyecto determinado de desarrollo económico-político subordinado;
- d) evitación casi sistemática de la articulación de los sistemas de salud que operan en un área determinada, focalizando al sistema "tradicional" como objeto de investigación privilegiado;
- e) ignorancia o focalización limitada en el perfil epidemiológico dominante y en la causalidad estructural del mismo; la causación es casi unívocamente cultural, y
- f) focalización en el campesinado indígena y recientemente en la población urbana "marginal", desconectada de las condiciones de salud, enfermedad y atención médica que operan en el conjunto de las clases sociales.

Este modelo, que frecuentemente iba acompañado de una notable información etnográfica, conducía necesariamente a convertir en incorrectos los señalamientos empíricos verificados y a no poder explicar procesos, que el propio desarrollo social se iba a encarar en pocos años en demostrar su inviabilidad explicativa. Se hablaba de resistencias a la atención médica, a la medicina occidental y en pocos años se verificó no sólo una notable aceptación de las prácticas médicas, sino una penetración espectacular de sus productos (medicamentos), de la apropiación popular de criterios médicos (diagnósticos), del desarrollo inclusive de la planificación familiar, pese a la resistencia no sólo de las "pautas tradicionales" sino de instituciones como la Iglesia Católica.

La acumulación de datos antropológicos, a veces en gran cantidad y aparente profundidad, podía dar la ilusión de explicación, de lo que sólo nombraba y describía. Como decía W. Foote Whyte en una revisión de los estudios antropológicos sobre salud/enfermedad para Latinoamérica: "Los estudios antropológicos han proporcionado gran cantidad de datos respecto a las creencias en lo que concierne al calor, frío, viento, temor y al arte de la brujería en el origen y cura de las enfermedades, pero hasta ahora muy pocas investigaciones muestran como estas creencias tradicionales afectan la aceptación de la medicina moderna. Es cierto que el mantenimiento de tales creencias nativas tiende a tener una

influencia negativa sobre la disposición para consultar a un médico o ir a una clínica de salud, pero esta proposición es demasiado general para ser considerada de mucha utilidad." (1968:197).

Subrayemos que será uno de los padres fundadores de la antropología médica respecto de América Latina, G. Foster, quien en sendos trabajos (1968 y 1978) reflexionará críticamente sobre los aportes recuperables de la producción antropológica y enumerará una serie de estereotipos generados por los antropólogos, popularizados en el personal de salud y que pueden convertirse en reales obstáculos para la aplicación de programas. Foster analiza cuatro estereotipos:

- a) la medicina tradicional es integral, la medicina moderna sólo tiene en cuenta la enfermedad;
- b) en los pueblos tradicionales se observa una dicotomía de las enfermedades en dos categorías, enfermedades que el médico puede curar y enfermedades "populares" que los médicos se niegan a reconocer;
- c) los sanadores tradicionales son de edad relativamente avanzada, muy respetados en todas las comunidades y que deberían ser aliados en los programas de atención primaria, y
- d) los médicos que trabajan en medios "tradicionales" ignoran con frecuencia a la medicina tradicional y tienen problemas de comunicación con sus pacientes (G. Foster 1978:7-8).

A los estereotipos analizados por Foster, podemos agregar otros dos:

- e) en las comunidades indígenas las enfermedades más importantes son las tradicionales, pues constituyen parte básica del núcleo ideológico de su integración, y
- f) la racionalidad de la comunidad y su criterio de participación son los factores básicos que operan en el proceso de relación con las enfermedades y las terapéuticas modernas.

Puede concluirse que el modelo organizado y dominante en Antropología Médica demostró no sólo sus limitaciones, sino su incapacidad explicativa de los procesos que fundamentan los hechos manifiestos. Además no pudo prever la mayoría de los cambios significativos que operaron en el área salud/enfermedad, ni pudo proponer alternativas explicativas respecto de los "nuevos" problemas que se iban configurando en nuestros países, tanto en lo referente al perfil epidemiológico, como en lo referente a los diferentes sistemas de atención. Además al escomotizar la realidad contribuyó a ocultar los determinantes estructurales, y operó de hecho como apoyo indirecto de las ideologías "aculturativas" y desarrollistas.

2. Ahora bien, ¿cuál fue la incidencia de la Antropología Médica y el uso de la misma por la práctica y saber médicos? Analizar estas relaciones supone explicitar los siguientes puntos:

a) tipo de incidencia y periodos en los cuales se dio la misma; b) especificación de qué es lo que incide y a quiénes se aplica; c) evaluar las características de estas relaciones, ya sea en términos de jerarquización disciplinaria o en términos de la exclusión y/o complementariedad que puede darse entre las mismas; d) ponderar el condicionamiento que sobre las relaciones y el tipo de las mismas pueden ejercer los procesos económico-políticos.

Respecto al primer punto, pueden distinguirse dos etapas de incidencia de la Antropología Médica; una que localizamos entre 1940-1960 y en la cual las investigaciones antropológicas demuestran la influencia de los factores socioculturales en la relación médico-paciente y fundamentan en gran medida la utilización de personal auxiliar de salud en forma controlada. Un segundo periodo tiene que ver con los planes de extensión de cobertura y de focalización en la atención primaria propuestos luego de la primera reunión de Alma Ata y que convertidos en programas de salud rural, supuso retomar gran parte de la ideología propuesta por la Antropología Médica durante el primer periodo, pero instrumentada ahora básicamente por personal de salud. Durante este periodo no sólo se planteará la necesidad de formación de personal auxiliar de las propias comunidades, sino que se hará particular hincapié en la validación de algunas técnicas terapéuticas "tradicionales", en particular la herbolaria.

En las dos etapas las acciones se

llevaron a cabo básicamente sobre el campesinado indígena y en muy segundo lugar sobre la población "marginal" urbana. No existe nada parecido para el sector obrero en cuanto tal, o para los sectores medio y alto. Más aún debe subrayarse que las propuestas antropológicas directas o indirectas se llevaron a cabo sobre aquellos sectores que carecen de capacidad económica respecto de la atención médica privada o que no tienen una inserción ocupacional que garantice un sistema de seguridad social.

Debe subrayarse que la utilización de los aportes antropológicos se harán casi exclusivamente en el área de atención a la salud, y que prácticamente no hubo influencia en la dimensión epidemiológica. Esto resulta llamativo, sobre todo para el segundo periodo, ya que desde mediados de los 70 se dará un desarrollo particular de la denominada Epidemiología Social en países como Brasil, Ecuador y México.

Ahora bien ¿qué es lo que conduce a esta aparente colaboración interdisciplinaria? ¿Cuál es la participación real de las ciencias antropológicas en este proceso? ¿Cuáles son los procesos de integración, de exclusión y/o de instrumentación?

Un análisis de este tipo, implica precisar algunos elementos respecto del Modelo Médico en términos generales y de sus vinculaciones específicas con las ciencias sociales y antropológicas.

Según nosotros el Modelo Médico Hegemónico se caracteriza por una se-

rie de rasgos estructurales (biologismo, ahistoricidad, asocialidad, individualismo, pragmatismo, etcétera; ver E. L. Menéndez 1978 y 1983) que tienden a excluir o limitar la incidencia y el reconocimiento de la importancia de los factores económico-políticos y socio-culturales en la producción y solución de los problemas de salud/enfermedad. En última instancia puede decirse, que aun cuando puede llegar a reconocer dicha incidencia trata de subordinarla indefectiblemente a las determinaciones biológicas (y secundariamente psicológicas) del problema analizado. Estos caracteres no sólo dominan la práctica privada de mercado, sino también a las prácticas incluidas dentro de organizaciones salubristas o de seguridad social, en la medida que las mismas están incluidas en economías de mercado que convierten a la salud, directa o indirectamente en una mercancía.

Los procesos económico-políticos procesados en Latinoamérica desde fines de los 60, pero sobre todo durante los 70 expresarán a través de su propio desarrollo la crisis de este modelo, que por otra parte evidencia la crisis y los intentos de solución que operan en la sociedad global.

Justamente es durante este periodo que surgen, sobre todo desde la sociología, toda una serie de cuestionamientos respecto de este modelo, los cuales pueden ser agrupados en los siguientes items:

dole, como si

a) aumento del costo de la atención a

- la salud, el cual está centrado primariamente en el alza de los costos en medicamentos y equipo y secundariamente en el costo del personal. Esto ha conducido, por lo menos en países capitalistas, a crisis en los sistemas de seguridad social;
- b) aumento correlativo del consumo de equipo y de fármacos. Dentro de los fármacos se habría intensificado el consumo de aquellos que pueden conducir a consecuencias negativas en la salud;
 - c) aumento correlativo de la "intervención médica", una de cuyas expresiones más visibles y costosas son las intervenciones quirúrgicas, que en algunos casos está suponiendo normalizar determinado tipo de intervenciones como forma estandarizada de atención (caso de las cesáreas);
 - d) aumento correlativo de la iatrogenia, así como de la ineficacia;
 - e) predominio de los criterios de productividad y rendimiento en la atención médica, en detrimento de la "calidad" de la misma;
 - f) la ampliación ideológica y técnica de cada vez más áreas de atención (medicalización) y la reducción real de las áreas de eficacia;
 - g) la carencia de relación, por lo menos en algunos casos, entre el aumento de los costos, el perfil epidemiológico dominante y el control del mismo;
 - h) carencia de relación entre todos estos procesos y un panorama epi-

demiológico que en todos los contextos aparece determinado básicamente por la producción social y económica de enfermedad, y

- i) el predominio de las estrategias curativas respecto de las preventivas en las instituciones de salud en general, y en particular en los sistemas de seguridad social, es decir en aquellos que cuentan con los mayores recursos financieros públicos.

Además debe recordarse que el Modelo Médico Hegemónico cumplió y cumple funciones curativo/preventivas, pero también funciones de control, de normatización y de legitimación, que en determinadas coyunturas económico-políticas pueden tener más relevancia que las funciones reconocidas como "estrictamente" médicas.⁶

Estructuralmente el Modelo Médico Hegemónico excluye y/o limita la incorporación de los factores socioculturales en la explicación de la etiología de las enfermedades y en sus soluciones (E.L. Menéndez 1978 y 1979). La

⁶ Prácticamente todo sistema curativo, y no sólo el sistema médico reconocido como científico, cumple las funciones enumeradas. Debe informarse que antropólogos latinoamericanos, y también norteamericanos habían ya señalado entre 1940 y 1960 que las prácticas médicas "primitivas" tenían funciones no sólo curativas, y de integración cultural, sino también de control social.

utilización de las propuestas antropológicas durante el primer periodo debe ser leída como una instrumentación idónea en la medida que era planteada para áreas donde no existía cobertura médica y donde era demasiado costoso extenderla, sobre todo porque allí no podía operar una medicina de mercado, ni una medicina de seguridad social. En la segunda etapa las razones son parcialmente similares, pero ahora se agregan no sólo los procesos que evidencian la crisis del Modelo Médico, sino también la profundización de una crisis económico-política a nivel general que conduce necesariamente al Estado a tratar de conciliar la legitimación y el control (programas de extensión de cobertura) con el abaratamiento de los costos de atención (programas de atención primaria basados en la comunidad).

No queremos negar y/o ignorar que los cambios en el perfil epidemiológico generado en algunos de nuestros países, básicamente los de mayor desarrollo industrial, implican potencialmente la consideración de la importancia de los factores socioculturales, por lo menos en la etiología de las nuevas problemáticas. Es decir, el predominio de determinados padecimientos crónicos, la emergencia de las nuevas enfermedades "agudas" (accidentes viales), los procesos de contaminación atmosférica, alimenticia, etcétera; el desarrollo de la morbilidad de la violencia (tortura, asesinatos masivos, desapariciones, etcétera); la evidencia de las enfermedades ocupaciona-

les, así como el reconocimiento larvado o no de las "drogadicciones" de todo tipo, implican de hecho las limitaciones del Modelo Médico de dar cuenta de las mismas y de requerir el análisis especializado de estas problemáticas a través de los científicos sociales. Pero no debemos olvidar que nuestras enfermedades "tradicionales": desnutrición, gastroenteritis, parasitosis, respiratorias agudas, que en la mayoría de nuestros países siguen constituyéndose en las primeras causas de muerte, también requerían de dicha participación, que sin embargo operó muy limitada y subordinadamente.

3. No obstante, la crisis de eficacia y de costos, el nuevo perfil epidemiológico y la búsqueda de un "control consensual" pueden conducir a la utilización de las Ciencias Sociales y Antropológicas.

De hecho desde mediados de la década de los 70, en algunos de nuestros países se están aceptando algunas de las antiguas propuestas de la Antropología; un notorio ejemplo es el de la utilización "oficial" de auxiliares de salud sin formación profesional o con muy bajo adiestramiento. Pero debemos subrayar que los posibles reconocimientos de la importancia de los factores económico-políticos y socioculturales tendrán siempre límites establecidos en dos niveles, el del propio Modelo Médico y el del sistema dominante, límites que no necesariamente se complementan ni son unívocos.

Como ya lo señalamos, consideramos que la década de los 70 y prime-

ros años de los 80 ejemplificaron este proceso de "reconocimiento".

La década de los 70 se caracterizó por el énfasis puesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las oficinas regionales en la extensión de los servicios de salud al conjunto de la población. Este proceso culminó en la Conferencia Internacional de Alma Ata, y en las propuestas de los diferentes programas de extensión de cobertura que se intentaron aplicar en Latinoamérica. Esta extensión de cobertura estaba basada en el desarrollo de recursos comunitarios de bajo costo y en el escalonamiento de los servicios de atención médica, lo que supuso la producción de recursos humanos comunitarios que se hicieron cargo del primer nivel de atención. Este primer nivel de atención suponía además la participación activa de la población en las acciones de salud, de salubridad y de saneamiento.

Ahora bien, estas estrategias que implicaban como uno de los principales criterios de prevención a la participación real de la población, suponía una notable potencialidad en el abaratamiento de costos referido tanto a recursos materiales, como a recursos humanos. Esta propuesta generada en un periodo, que podemos denominar de "precrisis" va a ser retomada y reformulada al irse incrementando el deterioro económico-social de nuestros países, y justamente será el Banco Mundial quien en 1980 proponga este tipo de medidas, dentro de un conjunto de propuestas de solución a los pro-

blemas de salud/enfermedad de los países "en desarrollo". Las medidas propugnadas por esta institución son las siguientes:

- a) incremento de la producción de alimentos básicos tradicionales del área;
- b) aumento de la extensión de la escolaridad primaria;
- c) planificación familiar;
- d) extensión de cobertura, basada en recursos humanos de escasa preparación formal, general y específica;
- e) eliminación de enfermedades transmisibles aplicando la tecnología médica y sanitaria moderna, y
- f) desarrollo de programas de educación para la salud.

Estas medidas son planteadas respecto de un modelo médico cuyas propuestas están generalmente basadas en un incremento de la más reciente tecnología médica, en el aumento de personal de salud y en basar sus estrategias en la curación y no en la prevención (el principal sistema de seguridad social de México, el Instituto Mexicano del Seguro Social, que por su nivel tecnológico, personal y número de derechohabientes es el más importante de América Latina dedicó en 1978, el 1.1% de su presupuesto a la atención preventiva y el 52.5% a la atención curativa); es decir que constituye un modelo más costoso. Pero además, lo propuesto por el Banco Mundial, y también por la OMS, supone la aceptación por parte de la institución médica de

la delegación "oficial" de funciones médicas en practicantes que no lo son.

Ahora bien, hasta qué punto el primer modelo supone una superación del segundo y no sólo respecto del abaratamiento de la atención, reconociendo de entrada que dicha propuesta de atención médica supone la aplicación de una atención diferencial que de hecho convalida la estratificación social dominante.

En términos abstractos el primer modelo asumiría muchas de las propuestas antropológicas y sociológicas, inclusive de las tendencias más radicales.

En términos abstractos aparece ligada tanto a las propuestas comunitarias del funcionalismo, como a las propuestas antimedicalizadoras del interaccionismo simbólico, inclusive se le puede relacionar con las propuestas de autogestión.

Esto puede aparecer aún más relevante, cuando asistimos en *todas* partes a un incremento de las tendencias que favorecen la concentración del poder en el Estado, en las instituciones estatales y paraestatales e inclusive en las organizaciones que dicen cuestionar los sistemas dominantes. La concentración del poder y el burocratismo aparecen como tendencias que las propuestas de "bajo costo" *pueden* cuestionar.

Es en esta articulación donde confluyen las viejas tendencias antropológicas y las nuevas antropológicas y no antropológicas, y cuyo resultado puede ser un uso poco discriminado o ten-

diente a encubrir sus funciones en base al bajo costo y la posible eficacia.

Suscintamente podemos enumerar los siguientes procesos analizados y propugnados por las antropologías y que podrían articular con el aparente modelo "no médico".

- a) la importancia y legitimidad de la racionalidad cultural y social de los grupos;
- b) la importancia de las estrategias populares que implicarían un saber colectivo;
- c) la importancia del núcleo familiar y/o comunal como el potencial primer nivel real de atención;
- d) la importancia de la apropiación pragmática de las clases subalternas y del conjunto de las clases sociales, del saber y práctica médicos;
- e) la incidencia de los mecanismos sociales de reciprocidad, junto con los mecanismos de desigualdad social;
- f) la ponderación de las funciones de control y normatización de todas las prácticas curativas, y la necesidad del cuestionamiento institucional, o por lo menos la apropiación colectiva de esos controles.

Todos estos procesos son reales y pueden favorecer el desarrollo de estrategias respecto de los problemas de salud/enfermedad que total o parcialmente remitan a la "participación popular" o al "desarrollo autónomo de las comunidades". Pero como ya lo señalamos, varias de las

propuestas ya habían sido planteadas muy tempranamente por los antropólogos funcionalistas, tanto que fueron ellos en 1930-50 casi los únicos que insistieron en los programas de partes empíricas, de auxiliares de salud, de recuperación de las terapias populares, inclusive en la autorrealización autónoma y colectiva, y esto no se incluyó en ningún proyecto político autónomo, sino en una estrategia económica-política que fue luego reconocida como "desarrollista".

Consideramos que el problema planteado es complejo, y que los ejes a discutir no pueden estar exclusivamente centrados en torno a las instancias enumeradas, sino que lo básico a discriminar e implementar son los mecanismos que aseguren que dichas instancias no sean apropiadas en función de objetivos muy diferentes de los que aparentemente las mismas parecieran implicar.

Creo que es casi absurdo discutir por ejemplo la importancia de la educación para la salud "en sí"; lo que se podría discutir es la contextualización de esta estrategia. Si la misma sólo busca un abaratamiento de costos; si sólo supone proponer una nueva instancia de control, podrá tal vez funcionar como paliativo momentáneo, pero no operará como una estrategia que realmente transforme la producción y reproducción de las enfermedades.

Esto es aún más relevante para un concepto-proceso que aparece como una de las principales alternativas actuales, me refiero a la denominada

"participación". Primero habría que precisar qué se entiende por "participación", más allá de la conceptualización ideológica que domina este concepto, y segundo, establecer con claridad cuáles serían los mecanismos que asegurarán esa "participación", así como cuál sería el significado y objetivos de la misma. Si no precisamos estos términos, pensamos que se retomarán las viejas propuestas funcionalistas o materialistas, que barnizadas con nuevas terminologías puedan cumplir funciones legitimadoras, de control y de abaratamiento hasta que el ensayo concluya nuevamente.

REFERENCIAS

BADGLEY, R., (compilador) (1966) *Ciencias de la conducta y enseñanza médica en América Latina*. Milbank Memorial vol. XLIV, 2 parte 2.

(1968) *Ciencias sociales y planeación de la salud*. Milbank Memorial vol. XLVI, 2 parte 2.

BADGLEY, R. y M. SCHULTE, (1966) *Las ciencias de la conducta y la medicina en la América Latina*. Bibliografía selecta, en R. Badgley (comp): *Ciencias de la conducta y enseñanza médica en América Latina*:30.

ESTRELLA, E., (1977) *Medicina Aborigen. La práctica médica aborigen de la Sierra Ecuatoriana*. Edit. Epoca, Quito.

(1983) *Tendencias de la investigación*

- antropológica en la práctica médica tradicional ecuatoriana.* Cuenca.
- FOSTER, G., (1952) *Relationship between theoretical and applied anthropology; A public health programs analysis.* Human Organization 2(3):8.
- (1958) *Problems in Intercultural Health Programs.* Social Science Research, New York.
- FOSTER, G., (1968) "Comentarios", en R. Badgley (comp): *Ciencias Sociales y planeación en salud*:181.
- (1974) *Medical anthropology: some contrast with medical sociology.* Med. Anthropol. Newsl. 6(1):1.
- (1978) "Prólogo" en B. Velimirovic (edit): *La medicina moderna y la antropología médica en la población fronteriza mexicano-estadunidense*:4.
- MENENDEZ, E.L., (1978) *El modelo médico y la salud de los trabajadores, en F. Basaglia y otros: La salud de los trabajadores.* Edit. Nueva Imagen:11-.
- (1979) *Cura y Control. La apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica.* Nueva Imagen, México.
- (1983) *Hacia una práctica médica alternativa.* Hegemonía y autoatención (gestión) en salud. Cuaderno 86 de la Casa Chata, México.
- MERCER, H., (1983) *Tendencias y perspectivas de la Sociología de la Salud en América Latina.* Cuenca.
- NUNES, E., (1983) *Tendencias y perspectivas de la investigación sobre ciencias sociales aplicadas a la salud en América Latina.* Cuenca.
- VELIMIROVIC, B., (edit) (1978) *La medicina moderna y la antropología médica en la población fronteriza mexicano-estadunidense.* Public. Científica 359 de la OPS, Washington D.C.
- WHYTE, W.F., (1968) "Comentarios" en R. Badgley (comp): *Ciencias Sociales y planeación en salud*:192-.
- YOUNG, A. (1982) *The Anthropologies of Illness and Sickness.* Ann Rev. Anthropol. 11:257.

⁶ Ra