

LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN A LA SALUD. UNA APROXIMACIÓN DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES

HEALTH CARE SYSTEMS. AN APPROACH FROM THE SOCIAL SCIENCES

Paredes Villegas, Gustavo Adolfo*

Universidad de Los Andes. E-mail: gustavoparedesv@hotmail.com

Resumen

En el presente artículo se hace una disertación de la categoría de sistema de atención a la salud, partiendo de su definición y de los elementos que la integran. Seguidamente se hace un análisis de tres sistemas de atención a la salud, a saber: popular, biomédico y de la autoatención, exponiendo sus principales características y conformación histórica, destacando la importancia del sistema de la autoatención para la comprensión de las prácticas reales que las personas llevan a cabo en el camino a la curación, espacio donde se intercambian los contenidos de los diferentes sistemas en el marco del sincretismo cultural de las sociedades latinoamericanas.

Palabras clave: Sistema de atención a la salud, sistema popular, sistema biomédico y sistema de la autoatención.

Abstract

In the present article is done a dissertation of the category health care system, from its definition and of the elements that integrate it. Immediately becomes an analysis of three health care systems, namely: popular, biomedical and of the autoattention, exposing its main characteristics and historical constitution, highlighting its importance in the comprehension of the royal practices that the persons carry out in the road to healing, space where the contents of the different systems are exchanged under the cultural syncretism of Latin American societies.

Keywords: system of health care, popular system, biomedical system and self-care system.

Recibido: 20/02/2015 - **Aprobado:** 30/11/2015

*Licenciado en Ciencias Políticas e Historia. Magister en Filosofía. Profesor Agregado del Departamento de Ciencias Sociales, en el Núcleo Universitario "Rafael Rangel" de la Universidad de Los Andes, Venezuela.

Introducción

La enfermedad es un fenómeno universal que experimentan todos los pueblos, sin embargo, cada uno la comprende y trata de manera particular de acuerdo con los valores y normas que conforman su mundo cultural y dentro del cual adquieren significado las prácticas sociales. Así, los conocimientos, técnicas y tratamientos dirigidos a mantener la salud, prevenir la enfermedad y alcanzar la curación están modelados por las condiciones ambientales, las formas de producción, las creencias sociales y las fuerzas históricas que actúan en una sociedad determinada. Lo que se traduce en un sistema de atención a la salud, que de acuerdo con Foster y Anderson (1978):

(...) abarca la totalidad de los conocimientos en salud, tratamientos y habilidades de los miembros de cada grupo. Puede (...) incluir las actividades clínicas y no clínicas, las instituciones formales y no formales y muchas otras actividades que (...) sostienen los niveles de salud del grupo y promueven el óptimo funcionamiento de la sociedad (p. 97).

Siguiendo a estos autores, todo sistema de atención a la salud está integrado por dos subsistemas, el primero de ellos es el “sistema teórico de la enfermedad” relacionado con los conocimientos y creencias sobre la misma, su explicación, causas, efectos, clasificación, remedios y técnicas terapéuticas empleadas. Noción que reflejan los esquemas cognitivos que manejan los individuos de una sociedad. El segundo está representado por el “sistema de cuidado de la salud”, que corresponde a la aplicación práctica de esas nociones, esto es, las formas en que una sociedad organiza y moviliza los recursos teóricos para la curación. Desde un punto de vista cultural, el sistema de atención a la salud refleja la concepción que tiene una sociedad en torno al proceso salud-enfermedad-curación y

desde un punto de vista social, la manera en que se organiza con base en esa concepción para crear un cuerpo de reglas e instituciones destinadas a su tratamiento y prevención.

La distinción entre lo teórico y lo práctico, lo cultural y lo social se expresa también a nivel de modelo y sistema, correspondiendo el primero a las estructuras cognitivas y el segundo a las organizacionales. De este modo, los modelos están relacionados con las visiones culturalmente construidas sobre la salud y la enfermedad con base en las cuales los grupos identifican sus causas, las clasifican y tratan. En tanto que los sistemas aluden a las organizaciones y procedimientos institucionales que estructura una sociedad, con el propósito de emplear los recursos materiales y humanos y regular los comportamientos de los distintos actores involucrados en el proceso salud-enfermedad-curación. Estas instituciones comprenden fundamentalmente dos actores, el enfermo y el sanador, unidos por el interés de recobrar la salud y por un marco cultural casi siempre compartido, a partir del cual cobran sentido los conocimientos y comportamientos de ambos.

Vistos como un producto sociocultural los sistemas de atención varían de una sociedad a otra, así por ejemplo, en las sociedades tradicionales por lo general existe un sistema de atención a la salud reconocido y aceptado por todos sus miembros, con un número reducido de sanadores, cuyos roles suelen extenderse al ámbito político, social, religioso y familiar. En cambio, en las sociedades modernas, donde predomina el sistema biomédico, el sistema de atención se estructura de manera compleja agrupando a diversos profesionales de la salud con funciones claramente delimitadas. Su preponderancia no lo exime de coexistir con otros sistemas en sintonía con la multiplicidad de instituciones, grupos, etnias, clases, creencias y pensamientos que la integran, los

cuales son incorporados de forma simultánea o secuencial por los individuos en su itinerario terapéutico (Menéndez, 2005).

Ahora bien, en el presente artículo se empleará la categoría de sistema de atención a la salud en un sentido amplio, es decir, considerando todos los conocimientos, terapias, técnicas y actividades oficiales y no oficiales que despliegan los grupos humanos de maneras diversas para contribuir con el mantenimiento o recuperación de la salud.

Principales Sistemas de Atención a la Salud

Seguidamente se expondrán tres sistemas de atención a la salud: popular, biomédico y de la autoatención, por considerar que son los que más se acercan a la realidad latinoamericana, asumiendo que quedan por fuera otras prácticas médicas empleadas por los individuos, por ejemplo, las tradiciones medicas orientales que en los últimos años han ganado aceptación en el contexto de la globalización.

En este sentido, la disertación del sistema popular se basará en la distinción entre medicina tradicional y popular y las razones por las que éste último es el término más adecuado en la actualidad. En relación con el sistema biomédico se plantearán sus principales características y los aspectos históricos más importantes y en cuanto al sistema de la autoatención se presentarán sus elementos básicos e importancia para la comprensión de las prácticas reales que siguen las personas en el camino a la curación, en el que combinan elementos de los diferentes sistemas.

Sistema Popular de Atención a la Salud

Generalmente en las tipologías sobre los sistemas de atención a la salud se suelen emplear de forma indistinta el término tradicional y popular. Esto se debe fundamentalmente, de

acuerdo con Menéndez (1983), a la dificultad para definir lo que es tradicional, ya que de referirse a las prácticas de vieja data no existe consenso a la hora de establecer cuán profunda debe ser su raíz histórica o si se afirma que lo tradicional es lo que corresponde a las creencias y comportamientos de los grupos originarios antes de la llegada de los europeos, se hace espinosa su caracterización debido al sincretismo cultural que tuvo lugar en el continente a partir del siglo XVI.

Sin embargo, con el propósito heurístico de hacer más comprensible el estudio histórico y actual del proceso salud-enfermedad en Latinoamérica, siguiendo principalmente a Clarac, se intentará establecer las características de uno y otro, a sabiendas que con el paso del tiempo se han superpuesto y reconfigurado de tal manera que se hace complicado establecer fronteras claras entre ellos.

Medicina Tradicional

La medicina tradicional se basa en los conocimientos ancestrales de los grupos originarios que poblaron todo el continente, en tal sentido, existen tantas concepciones de salud y enfermedad como grupos étnicos presentes en la región. De forma amplia se podría decir que la medicina tradicional se asienta en principios mágicos y en el manejo de poderes sobrenaturales que rigen el mundo, cuyo orden permanece inamovible y al cual se accede por medio de rituales sagrados que incluyen invocaciones, oraciones, pociones, cánticos, recitación de palabras secretas, entre otros, en los que predominan los estados alterados de la conciencia como el trance chamánico. Lo mágico-religioso se entiende como un poder sobrenatural que puede ser usado para ocasionar el mal o como medio para la curación.

Junto a la visión mágica también hay una naturista de orden material sobre las propiedades curativas de plantas, minerales

y animales usadas en forma de bebedizos, ungüentos y cataplasmas que reposa en un cuerpo de creencias y técnicas empleadas en tratamientos para restablecer y conservar la salud con un considerable grado de eficacia. Habitualmente ambas prácticas se aplican de forma simultánea en los tratamientos.

Sus sanadores pasan por un proceso de iniciación que los conduce por distintas etapas de adiestramiento que se trasmite de generación en generación. Según el contexto son llamados hueseros, hierbateros, curanderos, santeros o chamanes. Desde su cosmovisión el cuerpo no se concibe separado de la mente y del alma, sino como parte del todo, integrado al grupo, a la naturaleza y al cosmos en una relación armoniosa en la que los elementos de la naturaleza y del universo son representados como entes vivos, sagrados y con fuerzas superiores a las humanas. Las rupturas con alguno de estos órdenes generan conflictos sociales, desgracias naturales y enfermedades, de allí que el cumplimiento de las normas sociales y el respeto del orden divino y natural previene tales sufrimientos, cuyos significados se insertan en las representaciones y prácticas culturales.

Desde esta perspectiva, la enfermedad puede sobrevenir por una palabra ofensiva, un pensamiento inadecuado, una mala intención o una acción incorrecta bien hacia sí mismo, la comunidad, el ambiente y las divinidades, actuando como mecanismo de control social que busca mantener los comportamientos en sintonía con los valores de la sociedad. Así, la acción de las fuerzas de la naturaleza en forma de frío o lluvia o de las fuerzas sobrenaturales a través del espíritu de un ancestro, pueden ocasionar enfermedades bien por descuido o por violentar un tabú. En este sentido, la enfermedad se entiende como un acto que busca corregir las faltas al orden moral, espiritual, natural y social y la

curación el restablecimiento de la armonía perdida, involucrando al grupo y a las fuerzas naturales y sobrenaturales, haciendo uso de los recursos que le ofrece el entorno de forma efectiva o simbólica.

Ahora bien, en América Latina se suele denominar a la medicina de los grupos originarios medicina tradicional, así como al sincretismo de prácticas entre la medicina indígena, española y africana, antes del afianzamiento de la medicina moderna occidental. No obstante, en la medida en que muchos elementos fueron incorporados al sustrato inicial de la medicina tradicional de los grupos originarios, incluyendo elementos de la biomedicina, ésta se fue reconfigurando hasta derivar en el siglo XX, con la consolidación de la vida urbana, en lo que comúnmente se llama medicina popular (Clarac, 1996).

Dada la integración y dinamismo de elementos diversos en el proceso salud-enfermedad en las sociedades occidentales y latinoamericanas en particular, es que Menéndez (1994) considera que es difícil hablar de la existencia hoy de un modelo de atención tradicional que haya permanecido inalterado, independiente o pleno. Más aún si se toma en cuenta que la historia cultural de América Latina ha demostrado, por encima de la visión excluyente o de oposición de las concepciones médicas de los distintos grupos, un sincretismo caracterizado por “la capacidad de innovación cultural (...) para incorporar y refigurar ideas y prácticas culturales de otras sociedades” (Idoyaga y Korman, 2002, p. 192). Incluso es difícil hoy rastrear en las comunidades campesinas en América Latina una medicina tradicional nativa, en la medida en que el eclecticismo médico deja ver las influencias de los distintos componentes étnicos y sus diversos entrecruzamientos en el continente.

Como se señaló anteriormente, antes de la llegada de los españoles el sistema médico de los grupos indígenas se basaba en rituales mágico-religiosos, que desde su cosmovisión integraba tanto la acción de fenómenos geoclimáticos como las relaciones humanas de la vida diaria, sin embargo, con la llegada de los españoles se alteró esa cosmovisión y con ella su noción de la salud, la enfermedad y la curación, en la medida en que los españoles

No aceptaron que los médicos-sacerdotes-hechiceros indígenas siguieran utilizando sus ritos terapéuticos-mágico-religioso, justamente por el contexto mágico-religioso de éstos, que los españoles se sentían en el deber moral de destruir por su propia representación de exclusividad y monopolio religioso. Porque era más sensible el español al aspecto religioso de esos ritos terapéuticos y a su aspecto mágico que a su sentido terapéutico, hubo de su parte, frente al trinomio medicina-magia-religión de los indígenas una actitud de desprecio y de temor (Clarac, 1996, p. 74).

De la misma manera las prácticas médicas de los grupos étnicos españoles y africanos, como señala Clarac (1996), sufrieron alteraciones al entrar en contacto con la tradición indígena y no contar con todos los elementos que proveía su cultura en materia de salud y curación. Dicho de otra manera, al estar desprovistos de los recursos acostumbrados los españoles debieron adaptar sus técnicas médicas a las que ofrecían no sólo los grupos nativos sino también africanos, lo que también hicieron éstos, de allí que con el paso del tiempo los tratamientos tuvieron preponderancia española pero la farmacopea siguió teniendo una impronta indígena. Por lo tanto no sólo se dio una relación de arriba hacia abajo sino también de abajo hacia arriba, en el que los préstamos, negociaciones y contradicciones generaron nuevas formas

terapéuticas que fueron incluidas por cada uno de los sistemas médicos.

Si bien el proceso de dominación que se inició con la conquista y colonización española introdujo nuevas nociones que se combinaron de manera gradual con las de los grupos indígenas y africanos, fue la cultura española la que terminó imponiendo por la fuerza los criterios para definir el sistema médico que se iría configurando en el continente, situación que continuó después de las guerras de independencia (Clarac, 1996). Esta imposición se llevó a cabo por medio de la enseñanza de la medicina en las primeras universidades fundadas en América Latina, la creación de hospitales y el trabajo evangelizador de los misioneros españoles (Foster, 1994). Sin embargo, es preciso aclarar que el sistema médico español no era autóctono, en la medida que sus preceptos eran el resultado de una mixtura de distintos sistemas médicos que incluían la concepción hipocrática griega y galénica romana, la religiosa medieval, la influencia de la diáspora judía y la cultura árabe asentada durante siglos en el sur de España (Clarac, 1996).

A pesar de ello se produjeron nuevas configuraciones culturales sobre la salud y la enfermedad, cuyas diferencias entre una región y otra dependieron de la organización social indígena, su escasa o abundante población, el nivel de conocimientos y destrezas médicas que manejaban. Según el tipo de poblamiento fue más preponderante una práctica que otra, por ejemplo, donde los descendientes eran mayoritariamente europeos se orientaron de acuerdo con los principios médicos de su cultura, en cambio donde los grupos indígenas o africanos tenían una mayor presencia poblacional con un despliegue relativamente considerable de sus actividades productivas y culturales o eran grupos reducidos relativamente aislados, predominó su concepción. Al contrario, donde se dio un

fuerte proceso de mestizaje biocultural se superpusieron los distintos sistemas médicos en una amalgama de prácticas y creencias con predominio la mayor parte de las veces del sistema español. Asimismo, en medio de ese sincretismo cultural, más adelante al entrar en escena el moderno sistema médico occidental y el crecimiento poblacional en espacios urbanos a partir del siglo XX, se fue generando una medicina popular con variantes que no se debía a la biomedicina sino a las particularidades de cada localidad (Clarac, 1996).

Recapitulando, de acuerdo con Clarac (1996), en Venezuela como en el resto de Latinoamérica, se entremezclaron representaciones y prácticas de los distintos grupos étnicos, en las que se pueden rastrear en un primer momento la cultura indígena conjuntamente con la europea durante los primeros siglos de la conquista, principalmente de españoles y canarios, sin dejar de mencionar de forma indirecta la presencia de la cultura árabe que dejó su influencia en el sur de España. En un segundo momento la cultura de portugueses e italianos y fundamentalmente de africanos. En un tercer momento, a partir del siglo XVIII, estos componentes se reconfiguraron a la luz de los conocimientos de la ciencia médica occidental, la que finalmente se consolidó en el siglo XX.

Así, se fue estableciendo una concepción de la salud y la enfermedad derivada de la reconfiguración de las prácticas indígenas con las españolas y africanas, que puede identificarse como una segunda medicina tradicional o para algunos simplemente como medicina tradicional, la que una vez conformadas las grandes ciudades en Latinoamérica adquiere nuevas características generadas por el dinamismo y complejidad de las zonas urbanas y por una importante influencia de la biomedicina. Al respecto, Clarac (1996) señala que a partir de la

década de los 70 en adelante en Venezuela en las zonas urbanas, el incremento de la renta petrolera aceleró el encuentro entre la medicina oficial biomédica (B) con las distintas formas o manifestaciones de la medicina tradicional (A), dando como resultado la medicina popular (C). Para la autora las enfermedades de cada uno de estos sistemas varía de la misma manera como lo hacen sus practicantes, por ejemplo, en la medicina tradicional se encuentra el chamán y las enfermedades mágico-religiosas, en la biomédica el médico profesional y las enfermedades biológicas y en la popular el curandero y las “enfermedades postizas”. La coexistencia de estos tres fenómenos pone en evidencia que:

(...) *en Venezuela el sistema médico es, de hecho, un conjunto de sub-conjuntos de representaciones, creencias y técnicas terapéuticas que se articulan entre sí sin cesar; de modo que al estudiar todos esos subconjuntos, se descubre una articulación del momento, porque las transformaciones son rápidas en nuestra época, por distintas razones [por consiguiente] existe un pluralismo médico, mayor o menor según los grupos, donde se entrecruzan y entre-influencian modelos etiológicos y terapéuticos, aportes médicos de religiones importadas y/o sincréticas (...) articulación en la cual juegan también un papel importante (y más importante cada día) las nociones y conductas sacadas de la medicina occidental (p.81).*

Medicina Popular

La medicina popular se presenta como un conjunto de prácticas, ideas y creencias extendidas y aceptadas socialmente, integradas en la cosmovisión de los diferentes sectores que componen la sociedad nacional, cuya vitalidad va en correspondencia con las condiciones económicas y sociales de cada uno de ellos. Lejos de ser un cuerpo homogéneo de conocimientos, es un sistema conformado por

un sinnúmero de saberes curativos en el que coexisten diversas etiologías, diagnósticos y terapias que se aplican simultáneamente en un mismo episodio de enfermedad. De allí que para un observador foráneo no representa más que una amalgama de creencias contrarias y contradictorias, pero a los ojos de sus practicantes resultan completamente normales y coherentes.

Uno de los pilares en los que descansa su lógica y validez es la concepción del cuerpo estrechamente vinculado con la condición psicoemocional de la persona y el entorno social, herencia de la medicina tradicional.

Así, la unidad de la experiencia psico-físico-relacional, que la biomedicina tiende a separar y descomponer en ámbitos separados de intervención, fundamenta la racionalidad y quizás la eficacia de la medicina popular; en otros términos, esto equivale a subrayar que entre las múltiples diferencias que separan los procedimientos científicos de los populares existe también una distinta “geografía” de los padecimientos que los unos y los otros están llamados a aliviar (Bartoli, 2005, p.p. 89-90).

En sus estudios sobre la medicina popular en Venezuela, Clarac (1996) identifica una serie de aspectos que caracterizan la práctica del curandero, a saber: manejo de un amplio conocimiento acerca del uso de las plantas medicinales, conocimiento nutrido por la herencia indígena americana, española y africana. Percepción aguda que le permite captar algunos rasgos físicos de las personas que acuden a sus consultas, los que desde un conocimiento amplio del imaginario social relaciona con la naturaleza en la práctica curativa. Capacidad de incorporar sin contradicción a su universo simbólico las distintas concepciones presentes en la sociedad, de las que se vale en el proceso de sanación. Autodominio que le ayuda a

personificar diferentes roles de acuerdo a las circunstancias, al tipo de persona que lo visita y al padecimiento a tratar, generando procesos de sugestión tanto en él como en quien solicita sus servicios. Control sobre sí mismo para suprimir el dolor o alterar estados de conciencia tanto en él como en quien lo consulta y empleo de rituales terapéuticos en los que recurre a una gran cantidad de símbolos que le permite generar una respuesta emocional en el enfermo.

Por su parte, Torrey (1972) considera que hay similitudes en las técnicas curativas empleadas en la consulta tanto por los chamanes como por los médicos psiquiatras, de allí que alcancen análogos resultados en determinados tipos de tratamientos. Con base en este planteamiento enumera cuatro condiciones presentes en la terapéutica de uno y otro: en primer lugar, el proceso de identificación y conceptualización de la enfermedad, es decir, si existe una palabra para identificarla también existe un tratamiento para atenderla. En segundo lugar, la actitud del médico-sanador, aquéllos que se vinculan emotivamente con el paciente y muestran mayor interés en su curación son los que tienen más posibilidades de alcanzar su objetivo. En tercer lugar, las expectativas del enfermo condicionadas por los años de experiencia del médico-sanador, los instrumentos que maneja en el ritual de curación y la distancia geográfica que ha de recorrer para recibir la atención. Por último, las prácticas terapéuticas, cuantas más variadas sean las técnicas empleadas para lograr la sanación, mayor será la sugestión del paciente.

En este sentido, la terapia curativa tanto en el sistema tradicional como popular puede ser entendida, siguiendo a Lévi-Strauss (1997), desde la “eficacia simbólica”, en la medida que permite comprender las significaciones que subyacen en las prácticas mágico-religiosas con fines terapéuticos, quedando la “eficacia

objetiva” relegada al campo de la medicina científica, entender la eficacia simbólica pasa por situarse en el ámbito de la fe que permite la cura ritual. Así, el sanador activa procesos mentales y emocionales tanto en él como en el enfermo, en el marco del imaginario social, cosmológico y mítico que los envuelve, estimulando pensamientos favorables, deseos de vivir y fe en el terapeuta, diagnóstico, invocaciones y remedios empleados. Para que se dé la cura ritual debe haber, como señala Lévi-Strauss, una coherencia simbólica, es decir, que ambos: sanador y enfermo, deben compartir un mismo sistema lógico dentro del cual tiene lugar el tratamiento, por lo que la cura real viene dada a través de la práctica simbólica. Con base en ese simbolismo compartido, ambos hacen una interpretación de los síntomas y su significado trazando el camino para lograr la curación. Si bien el chamán y el curandero son portadores del conocimiento sagrado en virtud de haber pasado por un proceso de aprendizaje, tanto ellos como el enfermo participan de un mismo mundo de representaciones que sostienen sus creencias. De hecho, si:

(...) la mitología del chamán no corresponde a una realidad objetiva carece de importancia: la enferma cree en esa realidad, y es miembro de una sociedad que también cree en ella. Los espíritus protectores y los espíritus malignos, los monstruos sobrenaturales y los animales mágicos forman parte de un sistema coherente que funda la concepción indígena del universo. La enferma los acepta, o mejor, ella jamás los ha puesto en duda (p. 221).

Por esta razón que en América Latina pervive la concepción popular de sanación y se ha dado una aceptación de los sistemas médicos alternativos, en la medida en que ofrecen una atención cercana al mundo cultural del paciente. Se entiende entonces que su vigencia “reside en esta capacidad para movilizar una eficacia simbólica que

la institución médica a menudo no tiene en cuenta” (Le Breton, 2002, p. 190).

Sistema Biomédico de Atención a la Salud

La medicina moderna occidental es un conocimiento especializado que epistemológicamente se basa en el biologicismo y metodológicamente en la experimentación, la evidencia empírica y los procedimientos de autocorrección con pautas estandarizadas y replicables, llevadas a cabo para contrastar hipótesis a partir de un cuerpo teórico desde el cual explica su objeto de estudio. De manera general, este paradigma se ha caracterizado en primer lugar por un enfoque lineal de causa-efecto, que hunde sus raíces en la perspectiva mecanicista del siglo XVI con Descartes. En segundo lugar por una explicación de la enfermedad que privilegia las variables biológicas, fundamentada en la teoría de los microorganismos que en los siglos XIX y comienzos del XX, plantearon Pasteur y Fleming respectivamente. En tercer lugar por la aplicación de tratamientos basados en protocolos estandarizados que omiten las particularidades de cada organismo. En cuarto lugar por un diagnóstico orientado a identificar los síntomas físicos de la enfermedad, con el fin de determinar la disfuncionalidad fisiológica a partir del cual seleccionar la terapia. En quinto lugar por el empleo de la tecnología en el diagnóstico y curación de las enfermedades: exámenes de laboratorio, ecografías, etc., privilegiando la evidencia empírica y el criterio de objetividad.

En las sociedades occidentales este paradigma corresponde al campo del profesional médico y al sistema de salud hegemónico promovido oficialmente desde el Estado, a través del conjunto de instituciones académicas y sanitarias a las que le otorga el monopolio exclusivo de la enseñanza y el ejercicio médico, al tiempo que restringe

jurídicamente otras prácticas médicas (Baer y col., 2003). El reconocimiento con el que cuenta no se debe sólo a su eficacia sino también a la fuerza reguladora de intereses políticos, económicos y sociales que por lo general pasan inadvertidos para la población, librándolo muchas veces de cuestionamientos sobre su funcionamiento y efectividad (Menéndez, 2003). En América Latina al igual que el resto de las sociedades modernas, el paradigma biomédico ha tenido una posición hegemónica dentro de la concepción de la salud pública (Menéndez, 1998). De hecho,

(...) existen muy diferentes formas de atención a la enfermedad que suelen utilizar ciertas técnicas diagnósticas, diferentes indicadores para la detección del problema, así como variadas formas de tratamiento e inclusive diferentes criterios de curación. [Sin embargo, con] frecuencia desde la perspectiva del sector salud y de la biomedicina, toda una serie de actividades de atención a los padecimientos es negada, ignorada y/o marginada, pese frecuentemente a ser utilizada por diferentes sectores de la población (p. 186).

Para este modelo la enfermedad se entiende como el efecto de la acción de un agente patógeno, de un desarreglo ocasionado por los procesos adaptativos del cuerpo humano al ambiente o por una disfuncionalidad genética, lo que explica su énfasis en los síntomas de carácter físico y en muchas ocasiones el desconocimiento de las variables psicosociales en la aparición de las enfermedades. Esta objetivación de la enfermedad ha despersonalizado la relación médico-paciente, como señala Menéndez (2003), el médico se centra en la patología y no en la persona, silenciando su voz y el contexto sociocultural, lo que borra la experiencia subjetiva y el rol de éste en el proceso de curación. Desde esta visión que cosifica el cuerpo, Le Bretón (2002) señala que la práctica médica ha dejado de lado al

ser humano para ocuparse exclusivamente del cuerpo, atendiendo a la enfermedad y no al enfermo.

Ciertamente el enfoque biomédico ha acrecentado la comprensión sobre las distintas variables biológicas, lo que ha derivado en un conocimiento especializado sobre determinadas partes del cuerpo, en una profusión de especialistas con competencia en áreas específicas, en la identificación de un número mayor de patologías y en el desarrollo de una gran variedad de técnicas terapéuticas. Sin embargo, como ya se ha señalado este marcado reduccionismo desestima factores de orden psicológico, económico, social y cultura, que aun cuando el sistema de salud pública ha tratado de incorporar y recientemente algunos enfoques biomédicos han reconocido su importancia en la recuperación del enfermo, continúan subvalorados en relación con las variables biológicas, lo que se refleja en la exigua formación social de los profesionales de la salud (Menéndez, 2003).

No obstante, recientemente la biomedicina ha considerado otros elementos para dar cuenta de las llamadas enfermedades del siglo XXI o mejor conocidas como crónico-degenerativas, resaltando la importancia de los estilos de vida en su aparición. Si bien esta noción atenúa el causalismo biologicista para situarse en una esfera psicológica que vincula las decisiones del individuo con lo biológico, Menéndez (2005) sostiene que este discurso centrado en la responsabilidad del individuo para explicar la aparición de este tipo de enfermedades sigue dejando de lado la variables socioculturales, en la medida que la sociedad moderna estimula hábitos inadecuados que se van internalizando desde las primeras etapas de socialización y posteriormente por medio de las modas, la publicidad y el consumismo que estimula la sociedad moderna. En tal sentido, para los individuos resulta cuesta arriba resistirse a

esas presiones sociales y escapar del contexto sociocultural que las produce y reproduce, lo que desencadena problemas de obesidad, diabetes, hipertensión y cardiopatías en buena parte de la población.

Ahora bien, desde una perspectiva histórica el origen del paradigma biomédico se puede ubicar en la obra de Vesalio "De corporis humani fabrica" publicada en 1543, tratado que gira en torno al estudio anatómico del cuerpo a partir de la observación, manipulación y disección de cadáveres, técnicas que navegaron a contracorriente de las creencias, dogmas y prejuicios de la época, representando una ruptura con los tratados de Galeno y Avicena y en lo sucesivo, la consolidación de un conocimiento cada vez más especializado sobre el cuerpo y la enfermedad. De hecho, "Las primeras disecciones practicadas por los anatomistas con el fin de tener formación y conocimiento muestran un cambio importante en la historia de las mentalidades occidentales" (Le Breton, 2002, p. 47).

Junto a la obra de Vesalio también figuran los aportes de Harvey, quien en su trabajo "De Motu Cordis" publicado en 1628, aplica de manera incipiente el método experimental al estudio biológico del cuerpo humano (Pérez, 1999). De esta manera, se fueron gestando los principios sobre los cuales se desarrollaría la práctica médica en occidente, produciéndose paulatinamente un distanciamiento del mundo religioso del medioevo y un acercamiento cada vez mayor al pensamiento racional que estaba emergiendo en la Europa del siglo XVI. Todo esto:

(...) va a suponer un cambio en las concepciones de enfermedad, salud, tratamiento, médico y, por supuesto, del paciente. Un paciente que para ser curado debe necesariamente ser vuelto objeto, cosificado, en tanto el médico intenta separarse de su subjetividad para lograr un máximo de eficiencia (....)

El cuerpo, considerado espacio de lo divino durante la Edad Media, no podía ni debía ser objeto de disección. Éste era un cuerpo que aún no había sido separado del sujeto, ni de la comunidad, y mucho menos del cosmos, pero pronto iba a serlo (Castro, 2008, p 133).

En el marco de este contexto de cambios, el examen médico valiéndose exclusivamente de los sentidos: escuchando los latidos del corazón y la respiración, palpando el pulso, viendo las señales en la piel, oliendo las emanaciones corporales y consultando al paciente por sus sensaciones y zonas de dolor, comenzará a ser superado por el uso de aparatos, específicamente por el empleo del estetoscopio en 1816. En adelante, el aumento de instrumentos tecnológicos en los análisis médicos, permitirá una profundización del conocimiento sobre el cuerpo y su funcionamiento, al tiempo que mayor precisión en el diagnóstico de las enfermedades (Pérez, 1999).

Ciertamente la incorporación de la tecnología no sólo tuvo consecuencias en el conocimiento, sino también en el diálogo médico-paciente, invisibilizando el mundo psicoemocional del enfermo frente a la evidencia de los datos suministrados por los instrumentos tecnológicos. En la actualidad esta tendencia ha dado paso al estudio del cuerpo humano sin que esté necesariamente presente, bien a través de radiografías, resonancias magnéticas o tomografías, entre otros. Simultáneamente, los avances científico-tecnológicos en la industria farmacológica han representado la oferta de una gran variedad de medicamentos (Pérez, 1999).

Su expansión y consolidación a partir de la segunda mitad del siglo pasado gracias al avance tecnológico, lo ha convertido en un mecanismo de control social que se ejerce a través de las distintas instituciones y leyes que van modelando la conducta de los individuos

desde sus preceptos gnoseológicos, en lo que se ha dado en llamar la medicalización de la sociedad (Foucault, 1996). De esta manera, el discurso biomédico ha venido a normatizar cada vez más distintos ámbitos de la vida social, desde la sexualidad, la alimentación, el desarrollo infantil, el envejecimiento, la recreación hasta el deporte, llegando a calificar comportamientos y sensaciones corporales como enfermedades cuando antes eran vistas como parte de los vaivenes de la vida cotidiana.

Sistema de la Autoatención

La autoatención corresponde a la esfera de los cuidados autosuministrados por el grupo familiar y de manera más extendida por la comunidad, como afirma Menéndez (1990), constituye el nivel primario de atención médica que precede a todos los demás y que está presente a lo largo del proceso salud-enfermedad-curación. Es el espacio desde el cual las personas evalúan, identifican y tratan la enfermedad con base en sus conocimientos y vivencias sin la asistencia de sanadores especializados, quedando las tareas de cuidado en manos del grupo familiar. Aunque es una actividad que se da de forma independiente por los individuos, se nutre de los diferentes sistemas médicos. En esencia, la autoatención se puede entender como:

(...) 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 estos puedan ser la referencia de la actividad de autoatención; de tal manera que la autoatención implica decidir la autoprescripción y el uso de un tratamiento en forma autónoma o relativamente autónoma (Menéndez, 2003, p. 198).

En este ámbito los individuos sintetizan el proceso salud-enfermedad, combinando los conocimientos y técnicas de los diferentes sistemas sin detenerse en las fronteras entre ellos o en los elementos que los contraponen. Aun cuando el curandero recomiende el consumo de algún fármaco o el médico recete remedios de la herbolaria tradicional, son los individuos los que van entremezclando desde sus esquemas cognitivos las distintas lógicas médicas a lo largo de la curación (Menéndez, 2003). En tal sentido, la autoatención se presenta como recipientes vacíos “que se llenan con los contenidos particulares de los contextos locales y regionales (...) como el traslape entre distintas medicinas entre las que puede estar, o no, la biomedicina” (Idoyaga, 2005, p. 136).

De esta manera, las personas en sus prácticas cotidianas hacen uso de las más diversas y contradictorias creencias y saberes provenientes de distintas lógicas: biomédicas, religiosas, tradicionales y alternativas, estableciendo puentes entre ellas en un eclecticismo gnoseológico que adquiere sentido en los cuidados del grupo familiar. Ciertamente:

Estas racionalidades pueden ser complementarias, conflictivas o incluso contradictorias, pero coexisten y tienen una coherencia interna, son operativas, pragmáticas y funcionales; reflejan una síntesis de saberes que corresponden a diferentes modelos médicos relativamente diferenciados entre sí, en particular de la biomedicina y de la llamada “medicina tradicional”. Dichos saberes se expresan, producen y transforman en cada experiencia de morbilidad y mortalidad y adquieren una especificidad sincrética en la estructura de autoatención, donde se destaca el rol de la mujer como madre/esposa en la atención a la salud familiar (Osorio, 2001, p. 14).

Se trata de un tipo de atención presente en cualquier sociedad, practicada por todas

las personas dependiendo claro está de la gravedad o crisis de la enfermedad (Kleinman, 1978). Uno de los pilares sobre el cual se asienta es precisamente el rol activo del enfermo y su entorno, de allí que las personas hagan sus propios diagnósticos y en muchas ocasiones varíen las prescripciones del médico, ingiriendo los medicamentos antes o después de lo recetado, combinándolos con otros o modificando la dosis indicada. Si bien involucra activamente a todos los miembros del grupo familiar en el cuidado del enfermo, como se menciona en la cita anterior, son las mujeres como madres, esposas, e hijas las que asumen la mayor responsabilidad, encargadas de la alimentación, la higiene, el suministro del tratamiento, la prevención de las enfermedades y el fomento de hábitos saludables en el hogar (Menéndez, 1990).

Ahora bien, Menéndez (2003) establece una distinción entre la autoatención y los autocuidados. Así, desde el enfoque biomédico el concepto de autocuidado está vinculado con la noción de estilo de vida, es decir, con el conjunto de comportamientos llevados a cabo por los individuos con el fin de prevenir las enfermedades y fomentar hábitos saludables. Al contrario, la autoatención implica un diagnóstico, un tratamiento y cuidados que van desde la preparación de los alimentos, suministro de medicamentos, el apoyo moral hasta la higiene del cuerpo y del espacio físico, llevados a cabo por el enfermo y su entorno sin la intervención de sanadores profesionales, prácticas orientadas por diversas fuentes como la medicina alternativa y biomédica (Menéndez, 2003).

Como se puede observar hay una clara diferencia entre ellas, pues el autocuidado es acentuadamente individualista en contraposición a la autoatención que es colectivista al incluir al grupo familiar y vecinal. Para la biomedicina la autoatención se entiende como automedicación, esto es,

el consumo imprudente de medicamentos sin la debida prescripción de un profesional de la salud, ignorando muchas veces que la automedicación también incluye el consumo de plantas, animales y minerales, socialmente se le identifica con los sectores económicamente más deprimidos (Menéndez, 2003). En lo esencial la biomedicina considera que la autoatención es una “desviación potencialmente peligrosa” de la terapéutica de la medicina moderna occidental (Perdiguero, 2006).

Para Menéndez (2003), no darle la adecuada importancia a esta esfera deja incompleto el análisis del proceso salud-enfermedad, en la medida en que en ella se da un buen número de situaciones fundamentales para su comprensión. De hecho, considera que la caracterización de las distintas formas de atención ha de hacerse desde las prácticas que los grupos sociales llevan a cabo para tratar sus afecciones, lo que exige una metodología que privilegie la perspectiva emic de los enfermos y no etic de los sanadores de los distintos sistemas médicos, pues desde esta última se tendría una visión parcial del fenómeno, tomando en cuenta que cada sistema por lo general maneja una concepción excluyente y prejuiciosa que niega las bondades del otro.

El estudio de esta esfera permite acercarse a los comportamientos reales de las personas, al rechazo o aceptación de las indicaciones dadas por el médico, a los conflictos comunicacionales médico-paciente y a la necesidad de adecuar el tratamiento a las nociones y prácticas del enfermo. Lo que redundaría en un menor gasto económico y de tiempo tanto para el paciente como para el sistema de salud y de forma más amplia en un mejoramiento de las condiciones de vida del enfermo (Menéndez, 2003).

De allí que la comprensión de tales prácticas es lo que le debe interesar al sector salud de una sociedad si quiere conocer lo

que las personas hacen en términos reales para atender sus padecimientos. Claro está, siguiendo al autor, el fin no es identificar las afecciones y sus tratamientos basado exclusivamente en el punto de vista de los grupos sociales, pero tal acercamiento permitiría rediseñar las políticas sanitarias ajustándolas a la idiosincrasia de los pueblos con el propósito de ganar una mayor aceptación y un menor rechazo que garantice su efectividad.

Esta aproximación implicaría detectar y construir los perfiles epidemiológicos y las estrategias de atención que desarrollan en forma particular el saber biomédico, el saber de los curadores tradicionales, el saber de los curadores alternativos y/o el saber 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 (...) que posibilitaría comprender la racionalidad de las acciones desarrolladas por los sujetos y grupos sociales, así como también la racionalidad de los diferentes tipos de curadores, lo cual permitiría desarrollar estrategias que articulen dichas racionalidades (p. 188).

Conclusión:

Como hemos podido observar tanto el sistema biomédico como el popular representan formas distintas de concebir la enfermedad, la salud y la curación. Si bien sus lógicas en principio se presentan opuestas, en muchos casos en la dinámica social, las personas acuden a ellos de manera secuencial o simultánea sin reparar en sus contradicciones. Esto refleja que los individuos no se manejan desde un solo sistema de atención a la salud sino desde una pluralidad de sistemas, que aun cuando predomine el biomédico en la práctica coexisten dentro de los espacios que ofrece el sincretismo cultural.

Ciertamente, las contradicciones entre los diferentes sistemas no son un obstáculo para el individuo que en busca de “una cura eficaz no se siente de ningún modo molesto por el hecho de pasar de un tipo de cura a otra, de acuerdo con las características de su enfermedad” (Le Breton, 2002, p. 90). En todo caso, esa búsqueda la realiza a partir de un crisol de saberes y creencias provenientes de fuentes diversas que nutren su visión de la curación y le dan forma a las prácticas de autoatención, que como ya se ha señalado, es la esfera donde las personas articulan conocimientos, técnicas y procedimientos curativos de un sistema y otro sin el recelo de los sanadores-médicos, que generalmente desestiman todo aquello que no orbite dentro de su campo.

De allí que, la posición dominante de la biomedicina en las sociedades latinoamericanas no ha implicado la desaparición de las formas populares de curación ni ha sido obstáculo para la acogida de otros sistemas alternativos. Al contrario, los sistemas de atención arriba descritos los atraviesan de manera transversal como una red de atención a la salud entretejida por los distintos grupos sociales.

En tal sentido, el estudio del sistema de atención a la salud de una sociedad va más allá del análisis de cada sistema por separado y de los comportamientos normativos prescritos por el médico profesional, para enfocarse en los comportamientos reales que llevan a cabo las personas en la vida cotidiana, haciendo uso de los conocimientos, creencias, técnicas y terapias de los diferentes sistemas a nivel de la autoatención, lo que refleja un pluralismo médico en el que se advierte la complejidad del proceso salud-enfermedad-curación.

Finalmente, las personas en diferentes sociedades y momentos históricos han entendido, explicado y respondido a los padecimientos desde sus referentes culturales

de maneras diversas y en función de los cuales han estructurado sistemas de atención a la salud. En este sentido, la biomedicina es una entre muchas otras formas de curación y como todas también es el resultado de una construcción cultural que emergió en la Europa de los siglos XVIII y XIX y se expandió al mismo tiempo que lo hizo la cultura occidental.

Referencias bibliográficas:

- Baer H, Singer M y Susser I. 2003. *Medical Anthropology and the World System. A Critical Perspective*. 2da Ed. USA: Greenwood Publishing Group.
- Bartoli P. 2005. ¿Esperando al doctor? Reflexiones sobre una investigación de antropología médica en México. *Antropología Social*. 14: 71-100. Consultado en: junio 12 de 2012. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83801403>.
- Castro L. 2008. Tecnologías terapéuticas: sistemas de interpretación en la regla de ocha y el espiritismo bogotano. *Antípoda*. (06): 133 – 151.
- Clarac J. 1996. *La enfermedad como lenguaje en Venezuela*. Mérida: Consejo de Publicaciones ULA.
- Foster G y Anderson B. 1978. *Medical anthropology*. New York: MacGraw-Hill.
- Foster G. 1994. *Hippocrates' Latin American legacy: Humoral medicine in the new world*. USA: Gordon and Breach Science Publishers S. A.
- Foucault M. 1996. *Historia de la medicalización. En La vida de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación*. Argentina: Altamira. 121-152.
- Idoyaga A y Korman G. 2002. Alcances y límites de la aplicación del Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-IV) en contextos interculturales del Gran Buenos Aires. *Scripta Ethnologica*. 24: pp.163-214.
- Idoyaga A. 2005. Reflexiones sobre la clasificación de medicinas. Análisis de una propuesta conceptual. *Scripta Ethnologica*. XXVII: 111-147. Consultado en marzo 25 de 2014. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14811516007>.
- Kleinman A. 1978. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science and Medicine*. 12: 85-93.
- Le Breton D. 2002. *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Lévi-Strauss C. 1997. *Antropología estructural*. España: Paidós.
- Menéndez E. 1983. Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. *Caracteres estructurales*. Cuadernos de la Casa Chata. 86: 97-114.
- Menéndez E. 1984. El modelo médico hegemónico, transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud. *Arcxiu d'Etnografia de Catalunya*. 3: 83-119.
- Menéndez E. 1990. El modelo médico hegemónico: estructura, función y crisis. En *Morir de alcohol*. México: Alianza editorial mexicana.
- Menéndez E. 1998. Modelo médico hegemónico: reproducción técnica y cultural. *Natura Medicatrix*. (51): 17-22.

- Menéndez E. 2003. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciênc. saúde coletiva*. Consultado en febrero 15 de 2012. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>
- Menéndez E. 2005. Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Antropología Social*. 14: 33-69.
- Osorio R. 2001. Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles. México: Biblioteca de la Medicina Tradicional Mexicana. INI. CIESAS, CONACULTA-INAH.
- Perdiguero, E. 2006. Una reflexión sobre el pluralismo médico. En *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Coordinador: Dr Gerardo Fernández Juárez. Ecuador: Abya-Yala. 33-49.
- Pérez R. 1999. La transformación de la medicina. *Letras Libres*. Consultado en Enero 20 2014. Disponible en: http://www.letraslibres.com/sites/default/files/pdfs_articulos/pdf_art_6016_5741.pdf
- Torrey F. 1972. *The mind game: witchdoctors and psychiatrists*. New York: Emerson Hall.