



**Alba Nidia Triana Ramírez**

Trabajadora Social, Mg., Desarrollo Social y Educativo, especialista en Pedagogía de los Derechos Humanos, doctora en Ciencias de la Educación, profesora Asociada de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, directora del Doctorado en Ciencias de la Educación CADE-UPTC, Rudecolombia.

**Jaime Antonio Álvarez Soler**

Médico, patólogo, profesor asociado de la Universidad del Cauca, estudiante del doctorado en Ciencias de la Educación CADE-UPTC, Rudecolombia.

Reseña de Libros

Recepción: 30 de agosto de 2016  
Aprobación: 3 de marzo de 2017

# Praxis & Saber

Revista de Investigación y Pedagogía  
Maestría en Educación. Uptc

## EDUCACIÓN MÉDICA, MODELO HEGEMÓNICO Y ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD ENTREVISTA AL DOCTOR EDUARDO L. MENÉNDEZ<sup>1</sup>

Eduardo Luis Menéndez es argentino. Nació en la ciudad de 9 de Julio (Provincia de Buenos Aires), y fue uno de los primeros graduados en Antropología de la Universidad de Buenos Aires (1963), en donde también llevó a cabo su formación doctoral, en 1990. Adelantó su maestría en la Escuela de Salud Pública de México (1980). En el 2009 recibió un Doctorado Honoris Causa, de la Universidad Rovira i Virgili (Tarragona, España), y en el 2015 otro, de la Universidad Nacional de Rosario (Rosario, Argentina 2015). Se desempeñó como director del Departamento de Ciencias Antropológicas de la Universidad de la Provincia de Buenos Aires entre 1971 y 1975, y desde 1976 reside en Ciudad de México, donde ha realizado una extensa actividad como docente e investigador, dedicado fundamentalmente a la antropología médica. También ha dirigido numerosas tesis de licenciatura y de posgrado. Actualmente se desempeña como investigador

<sup>1</sup> Entrevista realizada el 8 de septiembre de 2016 en su residencia, en Coyoacán-Ciudad de México.

y docente del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS).

En la entrevista se abordan dos temas específicos: su crítica al modelo hegemónico para la formación médica y la atención primaria como alternativa para la atención de la salud.

**J. Álvarez:** ¿Cuál es el impacto del modelo médico hegemónico en la educación médica en el contexto de América Latina, en México? ¿Conoce algo en relación con Colombia? Porque se está educando para el sistema, considero yo. Infortunadamente es el negocio el que prima, y nosotros estamos educando personas para ese negocio. No sé desde su visión qué opine frente a esto asociado al modelo médico hegemónico.

**Dr. Menéndez:** La educación médica reproduce constantemente el modelo médico hegemónico (MMH), lo cual, en gran medida, es producto de la constante expansión biomédica, debido sobre todo a su eficacia comparativa. Es decir, si las orientaciones biomédicas dominantes demuestran eficacia para reducir significativamente las tasas de mortalidad, no tendría sentido modificar los contenidos y orientaciones a través de las cuales se forman los médicos a nivel universitario.

Obviamente, ello no significa que no haya cambios en la atención y en la formación biomédica, sino que estos tienden a darse en términos de las orientaciones dominantes en el MMH. Por lo tanto, uno de los principales puntos de partida para analizar la expansión de la biomedicina actual y las orientaciones dominantes en la formación del personal de salud es reconocer el gran éxito que estas han tenido, sobre todo si las comparamos con otros sistemas de atención. Este es un aspecto básico que tengo siempre presente respecto de las propuestas de atención y de prevención que están surgiendo desde la medicina social, pero también desde las denominadas medicinas alternativas o paralelas e, inclusive, desde la medicina tradicional. La biomedicina ha demostrado gran eficacia, comparada con el conjunto de formas de atención de la enfermedad que se han generado y se siguen generando, y ello, más allá de las críticas de diferente tipo que podemos hacerle. De allí que toda crítica al MMH debe partir de reconocer no solo sus aspectos negativos, sino también sus logros diferenciales.

Para analizar la expansión biomédica necesitamos asumir lo que ocurría —y sigue ocurriendo en gran parte de los países periféricos— en

términos de tasas de mortalidad en las sociedades donde dominaban las medicinas tradicionales y las formas de atención que han sido referentes de las medicinas alternativas. En los países asiáticos, que han sido y siguen siendo algunos de los principales referentes de las medicinas alternativas, la esperanza de vida era sumamente baja, y tenían altísimas tasas de mortalidad hasta fechas relativamente recientes. México, a principios de la década de los veinte del siglo pasado y cuando dominaba ampliamente la medicina tradicional a nivel de la totalidad del país, tenía una esperanza de vida de alrededor de 33-35 años, una tasa de mortalidad general de 25 fallecidos por mil habitantes y una tasa de mortalidad infantil de más de 200 niños por 1000 nacidos vivos. Subrayo que estos son los datos oficiales, pues los estimados son todavía mucho más graves.

Por supuesto, toda una serie de procesos económico-políticos, y no solo médico-sanitarios, posibilitaron la reducción de las tasas de mortalidad y la ampliación de las expectativas de vida en México —y en la mayoría de los países de América Latina— a partir de las décadas de los treinta y los cuarenta. Por eso, si no partimos de este hecho, si no pensamos que, además de que por los intereses corporativos del gremio médico y por los objetivos económicos de la industria químico-farmacéutica, la biomedicina se ha expandido y se expande debido a su eficacia comparativa, no vamos a entender su constante expansión y uso a nivel nacional e internacional. Yo llegué a esta conclusión por varias razones, pero sobre todo a través del análisis de la expansión de la biomedicina en México, no solo a nivel urbano, sino sobre los grupos étnicos rurales; una biomedicina que va a ir desplazando cada vez más a las medicinas tradicionales. Esto lo fui observando desde 1976 a través de mis trabajos de campo en diferentes partes de México, y en particular a través del estudio sobre Yucatán realizado entre 1977 y 1981.

En esos años, la investigación mexicana, y también la latinoamericana, realizada por antropólogos sobre los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención (s/e/a-p) en los grupos étnicos, se reducía —salvo excepciones— al estudio de las enfermedades y de los tratamientos denominados tradicionales; pero ocurrió que desde 1976 comencé a realizar estudios en comunidades de entre mil y diez mil habitantes, y encontré una notable presencia directa e indirecta de la biomedicina, que generalmente no era documentada por la investigación antropológica. Más aún, en Yucatán encontré que la biomedicina no solamente estaba desplazando a la medicina tradicional, sino que se reducía constantemente

el número de curadores tradicionales —salvo las parteras empíricas—, así como que la población consideraba que el abatimiento de las tasas de mortalidad —sobre todo de la mortalidad infantil y de la preescolar— se debía justamente a la expansión biomédica.

Esto lo fui confirmando no solo a través de mis propias investigaciones, sino de toda una serie de estudios que comenzaron a realizar desde estas fechas antropólogos y médicos mexicanos. De tal manera que más allá de las críticas a la biomedicina, que personalmente venía desarrollando desde finales de la década de los sesenta, necesité asumir que la biomedicina se expandía a nivel general y de los pueblos originarios en particular, hasta convertirse, por lo menos en México, en algunas de las principales demandas de dichos pueblos.

Ahora bien, el reconocimiento de esta eficacia comparativa no pretende proponer que la reducción de las tasas de mortalidad se deba solamente a las acciones biomédicas, y menos aun niega que la biomedicina se caracteriza por toda una serie de rasgos negativos que personalmente he analizado en mis textos sobre la estructura y funciones del modelo médico hegemónico. Pero si solo ponemos nuestro énfasis en los rasgos negativos de la biomedicina, no solo no vamos a poder entender su proceso de expansión, sino que generamos explicaciones mecanicistas que nos pueden satisfacer personal y grupalmente, pero que no explican lo que ha estado ocurriendo con la biomedicina desde la perspectiva de los diversos sujetos y conjuntos sociales.

La biomedicina ha sido constantemente cuestionada desde diferentes perspectivas, especialmente por los propios médicos, y en función de ello se han propuesto modificaciones que solo se han logrado parcialmente. Creo que podemos observar lo señalado a través de lo que ha ocurrido con la atención primaria de la salud (APS), que, como sabemos, sobre todo a partir de la Conferencia de Alma-Ata (1978), propuso la inclusión de toda una serie de aspectos no biomédicos en las políticas de salud y en las actividades médicas, y de los cuales solo subrayo dos: el uso de las medicinas tradicionales y la inclusión de la participación social comunitaria.

Si bien podemos rastrear las propuestas de APS por lo menos desde la década de los cincuenta, serían impulsadas por la OMS y la Unicef sobre todo desde la década de los setenta, dados varios procesos y,

especialmente, gracias a la necesidad de reducir las altas tasas de mortalidad por causas denominadas *evitables*, que eran las dominantes en los países que entonces conformaban el llamado Tercer Mundo; así como también con el objetivo de reducir las altas tasas de natalidad dominantes en los países periféricos. Estos objetivos implicaban la necesidad de generar o impulsar la cobertura de atención de las enfermedades, lo cual no podía ser llevado a cabo en la mayoría de los países periféricos dada la inexistencia o escasez de recursos biomédicos para tratar y prevenir enfermedades, así como la escasa eficacia de las medicinas tradicionales para reducir las altísimas tasas de mortalidad por enfermedades infectocontagiosas. Por tal razón, se propuso impulsar la cobertura a través de los recursos de la comunidad, por una parte, y de la creación de promotores de salud tipo *médicos descalzos* chinos, por la otra, para que llevaran a cabo actividades curativas y sanitarias.

Este proceso se desarrolló dentro de la perspectiva de lo que se llamó la APS integral (APSI) o comprensiva, que, justamente, incluía los recursos curativos y preventivos tradicionales y la participación comunitaria. Pero el análisis y las recomendaciones que hicieron importantes salubristas europeos, a finales de la década de los setenta, sobre la posibilidad de reducir realmente las tasas de mortalidad y de natalidad en los países periféricos, dados los escasos recursos humanos y financieros existentes en estos, condujo a que en los ámbitos de la OMS, de la Unicef y de los gobiernos de los Estados se impusiera la denominada APS focal (APSF), que centró su acción en ciertos programas prioritarios, para concentrar su eficacia en ellos, lo cual generó la paulatina exclusión de los curadores tradicionales del sector salud. Más aún, el sector salud (SS) primero tendió a adiestrarlos dentro de criterios biomédicos, y luego, como en el caso de México, a excluirlos o reducirlos a actividades secundarias, dado que no cumplían con los objetivos buscados en la aplicación de los programas de planificación familiar.

A su vez, en el caso de la participación social, la APSI propuso el desarrollo de una participación comunitaria autónoma que operara en un nivel de igualdad con el SS, pero este tendió a seguir manteniendo y apoyando un tipo de participación social vertical, autoritario, unilateral, lo cual desvirtuó los objetivos iniciales. En Latinoamérica se trató de retomar la APSI a finales de los ochenta y durante los noventa, a través de los denominados sistemas locales de salud, que fueron aplicados biomédicamente con criterios focales y no integrales.

Al respecto quiero señalar algunos aspectos que luego retomaré, ya que, si bien considero básica la participación social de los sujetos y comunidades en las políticas y actividades del SS, creo que, antes de impulsar acciones participativas, necesitamos puntualizar qué entendemos y qué esperamos de la participación social, así como definir cómo debería operar, ello referido a aspectos y procesos específicos, no solo a generalidades abstractas. Señalo esto porque, invocando la participación social, se han generado reiteradamente procesos de micropoder y de corrupción por parte de los *representantes* de la población. En el estudio sobre el proceso de alcoholización en México que realicé de 1980 a 1990, encontré que en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), dirigentes del sindicato de maestros exigían a los médicos del primer nivel de atención días no laborables a partir de enfermedades inexistentes o de episodios de embriaguez, amenazando al personal de salud si no otorgaban dichos días, invocando para ello la organización y participación sindical.

En numerosas comunidades rurales y en pequeños núcleos urbanos de México observé y documenté el papel de los comités de salud organizados a partir de los centros de salud, que generalmente estaban constituidos por mujeres. Si bien muchos comités se preocupaban por obtener y canalizar las necesidades y puntos de vista de la comunidad, en otros casos dichos comités se habían convertido en cotos de micropoder para un grupo de personas que se perpetuaban año tras año en ellos, y que solo proponían e impulsaban sus intereses personales. Por eso, si bien reconocemos la existencia del poder médico, necesitamos, no obstante, incluir procesos que generalmente no son tomados en cuenta por los analistas del biopoder; procesos que evidencian, por lo menos, una cuota de poder, e inclusive de contrapoder, por parte de los *pacientes*.

Subrayo, para evitar malas interpretaciones, que lo que señalo se refiere sobre todo a México, ya que no tengo un conocimiento a fondo de lo que ocurre en el resto de los países de América Latina, incluida Colombia. Así como también subrayo que, periódicamente, sobre todo por las tendencias más progresistas del salubrismo, han surgido propuestas que tratan de modificar las orientaciones dominantes en el MMH, pero sin conseguir modificar sustancialmente sus características.

Ahora bien, en las dificultades para modificar significativamente las orientaciones biomédicas dominantes no solo predominan los intereses

médicos corporativos, los objetivos de la industria químico-farmacéutica, los escasos recursos del sector salud, la emergencia de *nuevos* problemas de salud, los fenómenos de corrupción y las orientaciones dominantes en la formación universitaria de médicos, odontólogos y enfermeras, sino también la experiencia conflictiva y contradictoria de la propia población, ya que si la biomedicina no tuviera la demanda que tiene, tanto en el ámbito privado como público, dicha biomedicina estaría realmente en crisis y la gente utilizaría medicinas tradicionales y alternativas. Pese a todas las crisis que hemos vaticinado, la biomedicina sigue expandiéndose constantemente en forma directa e indirecta, y, por lo tanto, necesitamos incluir *todos* los aspectos, procesos y actores sociales que están interviniendo para encontrar explicaciones pertinentes a la expansión biomédica. Propongo esto como un principio de realidad que nos tiene que conducir a entender y explicar por qué los conjuntos sociales —y especialmente los sectores sociales subalternos— demandan cada vez más biomedicina, más allá de que la critiquen.

Un segundo aspecto por recuperar son las experiencias de cambio que se han intentado impulsar dentro de la biomedicina, aun cuando no satisfagan nuestras expectativas. Así, por ejemplo, el desarrollo, especialmente durante la segunda mitad del siglo XX, de las medicinas socializadas generadas en los países de *socialismo real* y en países europeos capitalistas, socialdemócratas o no, supuso una notable superación de una medicina pública dominada por las nociones de caridad hacia los pobres, y no como una obligación social del Estado y de la sociedad. Más aún, posibilitó una utilización *universal* por el conjunto de los habitantes de un país, más allá de las desigualdades socioeconómicas existentes.

En América Latina también observamos desde la década de los cuarenta este tipo de proyectos en países como Cuba o en naciones con gobiernos llamados *populistas*, ya sea para toda la población o para un segmento de esta; por ejemplo, desde los años cuarenta, México crea servicios gratuitos de salud para los trabajadores privados —Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)— y para la burocracia estatal —ISSSTE—, a través de recursos y materiales que durante un lapso satisficieron las demandas de los derechohabientes de dichas instituciones. Más aún, el IMSS creó la *especialidad* en medicina familiar con el objetivo de impulsar la atención primaria. Durante un tiempo, esta institución generó un tipo de médico que consideraba que la medicina debía ser gratuita. Allí la mayoría de los facultativos que trabajaban en el primer nivel no se planteaban el trabajo

privado. Era un médico comparativamente bien pagado, que trabajaba dentro de una institución que contaba con recursos en los tres niveles de atención y que evidenciaba mayor eficacia que el resto de las instituciones del sector salud, incluidas las privadas.

A partir de las concepciones y objetivos que manejamos, considero que el análisis de la biomedicina y del sector salud debe operar comparando, en un país específico, la situación actual con la dominante en periodos anteriores, así como rastrear las experiencias positivas y negativas a través de los principales indicadores de morbimortalidad, para poder pensar en un sistema de salud satisfactorio y eficaz para los usuarios.

**J. A. Álvarez:** Una cosa es que hablemos del biopoder en el sentido de que el médico, con su biopoder, ha manejado cierto poder sobre el usuario, pero lo que usted toca aquí es la transmisión de ese biopoder hacia el mismo usuario, como lo ejerce en relación con el médico también.

**Dr. Menéndez:** Todo poder implica relaciones a través de las cuales se ejerce, y no cabe duda de que en la relación médico-paciente la mayoría del poder lo tiene el médico, y sobre todo la institución médica. Pero si hablamos de relaciones de poder, y no solo de biopoder, nuestra obligación metodológica es ver lo que pasa con el poder entre los sujetos sociales en relación. Y así, por ejemplo, si bien la mayoría del poder está en el médico y no en el paciente, necesitamos asumir que han comenzado a surgir procesos que cuestionan, por lo menos parcialmente, dicha relación. Así, en España y en algunos países latinoamericanos estamos observando el desarrollo de acciones agresivas por parte de la población contra médicos de atención primaria, que no existían hace veinte o treinta años. Los usuarios se atreven a agredir no solo verbal, sino físicamente y hasta matar a personal de salud que trabaja en el primer nivel de atención. El incremento de las agresiones físicas ha sido una denuncia constante por médicos de atención primaria que trabajan en las comunidades autónomas españolas, por lo menos desde hace treinta años.

Pienso que muchos de los que reflexionan sobre el poder biomédico piensan en términos de poder absoluto, según el cual el médico hace lo que quiere con el paciente. Aunque esto suele ocurrir en varios contextos, hay problemas y procesos que nos obligan a reconsiderar las nociones dominantes y unilaterales de biopoder. El médico ha basado gran parte de su poder y de su eficacia diferencial en el uso de fármacos.



La eficacia de algunos fármacos ha dado a la biomedicina gran parte de su eficacia diferencial respecto de otras formas de atención. Pero ocurre que los sujetos y conjuntos sociales han tratado permanentemente de autonomizarse respecto de los médicos a través de la automedicación; a través de una *lucha* relacional donde el médico inventó primero la *receta magistral* ilegible para el paciente o solo legible por el farmacéutico, para más adelante establecer la venta de medicamentos solo con receta obligatoria. Frente a esto, por lo menos en México, la población desarrolló y sigue inventando estrategias para conseguir fármacos y automedicarse.

La automedicación es una estrategia en la cual el paciente decide y no el médico, más allá de si la gente decide mal o bien, más allá de que si lo que decide es negativo o positivo para su salud, más allá de que en gran parte de los casos la automedicación se realiza por razones económicas, aunque, como sabemos, todas las clases sociales se automedican. Para reconocer lo que estamos señalando tenemos que pensar el poder no solo en términos de relaciones de poder, sino también reducir el énfasis en las nociones de poder absoluto, que es como gran parte de los comentaristas manejan la noción de biopoder.

Si no incluimos estos aspectos, no vamos a entender cómo y por qué actúan los sujetos y conjuntos sociales, por lo menos respecto de los procesos de s/e/a-p; o, lo que es aún más grave, las explicaciones basadas en el biopoder, conscientemente o no, parecen considerar a los sujetos como meras marionetas de la biomedicina, de los medios de comunicación de masas o de la industria de alimentos chatarra.

Cuando comencé a desarrollar mis investigaciones en México, la mayoría de mis colegas subrayaban el rechazo de los pueblos originarios a la biomedicina. Se referían a la incompatibilidad entre las cosmovisiones de los grupos étnicos y las concepciones biomédicas de tipo *occidental*. Y a pesar de que en mis estudios encontré rechazo hacia la biomedicina, ocurría que este no era por la incompatibilidad entre las cosmovisiones diferenciales de ambos sectores, sino debido al mal trato del personal de salud, a su racismo, a los largos tiempos de espera, a los *regañones* permanentes que recibía la población.

La información obtenida evidenciaba el uso cada vez mayor por los grupos indígenas del principal instrumento biomédico, el fármaco, respecto del cual no emergían incompatibilidades culturales, por lo menos

en sus prácticas. Resalto que además utilizaban los fármacos junto con sus propias medicinas tradicionales, ya sea simultáneamente o en forma secuencial. No solo observé esto en los sujetos y familias indígenas y no indígenas, también en los diferentes tipos de curadores tradicionales, ya que tanto las parteras empíricas como los yerbateros, los brujos y los chamanes utilizaban fármacos, de tal manera que en una comunidad yucateca de menos de mil habitantes, y donde dominaba ampliamente la lengua maya, el principal chamán local en 1978 utilizaba y recetaba no solo antibióticos, sino valium a sus pacientes.

Por lo anterior, desde los setenta, tanto la población nativa, en general, como los curadores tradicionales, en particular, utilizaban productos biomédicos en forma autónoma, a partir de reconocer su eficacia. Por lo tanto, ¿vamos a analizar estos procesos como expresión del poder médico, como parte del contrapoder subalterno o como expresión de ambos?

Durante los ochenta, analistas británicos comenzaron a hablar del *paciente bien informado*, es decir, un tipo de paciente que conoce a fondo y trata de estar al día sobre lo que se publica y se hace respecto del padecimiento que sufre, constituyendo un tipo de sujeto que adhiere fuertemente a la biomedicina, pero que en función de su saber discute con el médico los tipos de tratamientos que este propone, y toma decisiones que pueden contradecir la opinión de su médico. Esto no solo opera en la medicina privada, también en la medicina oficial, por lo menos en Gran Bretaña.

Así como los señalados, podríamos seguir enumerando otros procesos en los cuales se pone en duda la existencia de biopoderes en los términos en que suelen utilizarse, sobre todo cuando son pensados y aplicados mecanicistamente por los analistas. Aclaro que esto no niega que el médico tenga más poder que el paciente, sin embargo, trato de proponer que la cuestión del poder —y en especial de las relaciones de poder— son más complejas que lo que muchos analistas pretenden.

Ahora bien, es esta eficacia comparativa, reconocida y utilizada por la población, la que —junto con otros procesos y actores sociales— convalida la hegemonía biomédica y, por lo tanto, refuerza la tendencia a mantener los objetivos y orientaciones dominantes en el MMH y en las orientaciones a través de las cuales se forman los médicos en sus carreras universitarias y en las instituciones en las que trabajan.

Como sabemos, una parte significativa del poder médico deviene del saber que han adquirido los facultativos a través de su formación universitaria y de su ejercicio profesional. Desde esta perspectiva, no solo no cabe duda de que el médico sabe mucho más que la mayoría de sus pacientes y de otros tipos de curadores sobre de qué enferma y muere la población, sino que dicho saber es parte central de su poder. Y aunque sea obvio, necesitamos reconocer que esto ocurre con cualquier saber profesional, es decir, un arquitecto, un ingeniero químico, un biólogo saben sobre su campo profesional mucho más que la mayoría de la población, tanto en términos teóricos, metodológicos como prácticos.

Más allá de las diferencias que existen en el ámbito nacional e internacional entre las escuelas de medicina, observamos que, dada la orientación dominante, la formación médica está centrada en ciertos aspectos que tienden a excluir otros, y que pese a ello la biomedicina pretende tratar todo tipo de padecimientos, para lo cual necesita biomedicalizarlos; es decir, la formación médica focaliza, por ejemplo, los aspectos biológicos de los padecimientos, así como toda otra serie de aspectos que he descrito en mis textos sobre MMH, dejando de lado o dándole una importancia secundaria a los aspectos psicológicos y culturales del proceso de s/e/a-p. Esta forma de pensar y trabajar de los médicos se va constituyendo desde la universidad, que puede, en algunos casos, incluir aspectos culturales y psicológicos, que suelen ser excluidos cuando el profesional se inserta en un trabajo médico institucional.

Este constituye un problema sobre el cual necesitamos pensar el trabajo médico, junto con otro proceso que, si bien ha existido por lo menos desde los treinta, se hace cada vez más presente e incide cada vez más en el tipo de actuación profesional. Me refiero al hecho de que dada la complejidad creciente de la mayoría de los padecimientos que atienden los médicos, este profesional no solo actúa, sino que se va viendo a sí mismo cada vez más como un ejecutor de explicaciones y aplicaciones, que la mayoría de los médicos no terminan de entender. La biologización de la biomedicina está conduciendo a que tanto las explicaciones como las soluciones se estén dando en un ámbito genético que gran parte de los facultativos no manejan.

Además de los procesos biológicos, toda una serie de procesos ecológicos, psicológicos, sociales y culturales operan sobre los procesos de s/e/a-p, y los críticos pretenden que el médico no solo los entienda, sino que los

aplique, lo cual es fácticamente imposible. Lo que ha ocurrido es que las carreras de medicina solucionan esta complejidad biologizando cada vez más la formación médica. Más allá de que se hagan invocaciones o reconocimientos a la importancia de lo ecológico o de lo social, el médico no es formado en estos aspectos.

Especialmente los antropólogos han denunciado sistemáticamente la escasa relevancia que los médicos dan a los aspectos culturales de la enfermedad, del paciente y de la atención. Más aún, señalan que los médicos que operan en zonas indígenas no manejan la lengua de los sujetos que atienden, lo cual suele ser verdad en la mayoría de los casos, pero ocurre que la casi totalidad de los médicos no van a aprender la lengua del grupo con el cual van a trabajar por varias razones. En ciertas áreas pueden convivir grupos étnicos que hablan lenguas diferentes o variaciones dialectales de una misma lengua, y el médico no puede aprenderlas todas.

De manera consciente o no, se espera que el médico sea un *todólogo*, pero en la práctica, la universidad forma un profesional que cada vez más aprende superficialmente la masa creciente de información que recibe, profundizando comparativamente los aspectos de las enfermedades que le posibiliten intervenir con cierta eficacia profesional, y que son en su casi totalidad de tipo biológico y referidas a habilidades clínicas, incluidas las quirúrgicas.

En las últimas décadas, por diversas razones, se ha reconocido la necesidad de que se enseñe al médico a generar una buena relación con el paciente, dado que puede favorecer la eficacia de los tratamientos, la adhesión a ellos. Estas tendencias suelen entrar en conflicto con la fuerte demanda de atención en la APS, que reduce el tiempo real de la consulta médica de primera vez y, sobre todo, el de las consultas subsecuentes. Recordemos que el tiempo de la consulta es uno de los principales indicadores de una buena relación médico-paciente.

Es debido a estos procesos, y no solo a razones económicas o vocacionales, que los médicos aspiran a convertirse en especialistas, pues pueden lograr mayor dominio de las intervenciones empíricas y de las explicaciones teóricas, para posibilitar una mejor relación médico-paciente.

Ahora bien, pensado desde las ciencias sociales y antropológicas, e inclusive desde la medicina social, no cabe duda de que un manejo de

los procesos sociales, económicos y culturales posibilitaría una mejor comprensión del paciente y de sus padecimientos, así como un mejor desempeño profesional respecto de los procesos de s/e/a-p. La cuestión es cómo el médico logra esto a nivel del sujeto o del microgrupo que trata en términos clínicos. Este manejo todavía es posible a nivel salubrista, pero lo veo complicado a nivel clínico.

Reiteradamente observamos, por lo menos desde la década de los setenta, que profesionales con poder médico y universitario logran modificaciones en los planes de estudio, incluyendo contenidos sociológicos, antropológicos, psicosociales en la formación médica, lo cual puede operar a través de una materia introductoria en el primer año o, en algunos casos, de una materia especializada en todos los años de la carrera; pero dado el escaso número de horas que se imparten, así como de su manejo a nivel exclusivamente *teórico*, dichos cursos suelen tener muy bajo impacto. ¿Qué son veinte o treinta horas de clase sobre aspectos sociales y culturales de la enfermedad frente a un currículo de mil quinientas o mil ochocientas horas de clase con contenido biomédico, de las cuales una parte sustantiva son aplicadas? Por supuesto que mejor algo que nada, según señalan algunos, pero lo que no podemos es esperar que estos cursos modifiquen las orientaciones biomédicas dominantes, ya que lo que más lograrán es sensibilizar momentáneamente a algunos de los sujetos que estudian medicina.

**A. N. Triana:** Quiero hacer una pregunta frente a esa mirada antropológica, que no es la misma mirada que tienen los médicos, los profesionales de la salud o profesionales de ciencias sociales, sobre el concepto de salud y de enfermedad. Desde esta perspectiva, y a partir de la experiencia que usted tiene frente a la política pública en salud o a la política de formación de talento humano en salud, ¿cuál es el concepto que se podría tener de salud y de enfermedad?

**Dr. Menéndez:** Considero que de la salud sabemos muy poco; sabemos más sobre las enfermedades. Recuerdo que hace varias décadas la OMS definió la salud como *ausencia de enfermedad*, lo cual fue sumamente criticado, inclusive varios analistas se burlaron de dicha definición; pero cuando se propusieron definiciones alternativas, también fueron fuertemente criticadas y, algunas, ridiculizadas. Necesitamos asumir que la biomedicina —también la medicina tradicional y las medicinas académicas no occidentales— ha trabajado no con la salud, sino con la enfermedad,

tratando de curarla, erradicarla o reducir sus efectos. A los sociólogos y antropólogos les ha ocurrido algo similar, dado que solemos trabajar sobre las enfermedades, y no sobre la salud. Más aún, la casi totalidad de la investigación biomédica —y también de las ciencias sociales y antropológicas— es sobre los procesos de enfermedad/atención/prevenición, y no sobre los procesos de s/e/a-p.

Lo señalado no ignora que dentro de las distintas medicinas se han propuesto formas de vivir más sanas, más armónicas, menos peligrosas, etc. Inclusive, en los últimos veinte años se ha hablado de *salud positiva*, y, más aún, en varios países de Latinoamérica se habla de *buen vivir*, a partir de las formas de vida de los denominados *pueblos originarios*. Además una parte de las propuestas *new age* promueven o, por lo menos, están preocupadas por la salud sobre todo espiritual. No olvidemos que, junto con la prevención, desde hace alrededor de treinta años se ha impulsado la promoción de la salud.

Pero, y lo subrayo, por lo menos yo no sé qué es la salud. Para mí la salud es un concepto utópico, y cuando digo utópico, no quiero decir algo negativo. La salud es un concepto básicamente ideológico que expresa nuestras aspiraciones y motivaciones hacia un deber ser donde las diferentes tendencias ubican sus utopías o deseos religiosos, políticos o genéticos. Por eso necesitamos seguir hablando y promoviendo la salud, aun cuando no sepamos bien qué es.

Parto de la base de que los sujetos siempre vamos a tener padecimientos, pero no por una razón divina, sino por razones sociales, psicológicas y biológicas. Dadas nuestras formas socioculturales de vivir y consumir, así como nuestras condiciones económico/ocupacionales de vida, podemos generar violencias, dolores psíquicos, obesidad, diabetes mellitus 2 o mortalidad temprana. Las enfermedades y padecimientos son parte de nuestras vidas, aun cuando sus consecuencias dependerán en gran medida de las condiciones de vida diferenciales de los sujetos y grupos.

Inclusive los avances biomédicos en la detección temprana de las enfermedades crónico-degenerativas están generando una nueva situación a nivel colectivo y subjetivo, ya que, dado que podemos detectar desde edades cada vez más tempranas enfermedades como la diabetes mellitus 2, o que se incrementa el caso de los niños que nacen con VIH-sida, la enfermedad se va constituyendo en parte de la identidad de los

sujetos. Pasa a ser parte intrínseca de la subjetividad de personas que serán *enfermos* desde que nacen o, por lo menos, desde la primera infancia hasta su muerte, lo cual, entre otras cosas, nos debe llevar a reflexionar nuevamente sobre la relación entre lo normal —salud— y lo patológico —enfermedad—.

Toda una serie de procesos, incluidos centralmente los aportes biomédicos, han generado, desde mediados del siglo XX, en algunos contextos, fuertes reducciones de las tasas de mortalidad y un constante incremento de la esperanza de vida de personas que conviven con alguna enfermedad. El porcentaje de población que vive más de 80, 90 y 100 años se incrementa constantemente, sobre todo en ciertos países, y dicha posibilidad ya no es parte de mitos ancestrales referidos a Matusalem y compañía, sino de realidades sociales que nos están obligando a modificar nuestros criterios sobre la ancianidad de varones y, sobre todo, de mujeres, ya que son ellas las que están alcanzando a nivel colectivo las más altas esperanzas de vida en el mundo, especialmente en países como Suecia o Japón. Es decir, las sociedades han demostrado una notable capacidad para controlar las enfermedades y sus efectos, y es por ello que ahora podemos pensar más en producir salud. Por eso, tal vez para estos sujetos *salud* significa poder seguir funcionando biopsicosocialmente como sujetos, más allá de que tengan padecimientos no discapacitantes o parcialmente discapacitantes.

Pero este proceso, que parecía casi inevitable para los países de alto desarrollo socioeconómico, ha entrado en conflicto y contradicción con ciertos procesos que pueden generar un retorno a condiciones que favorezcan las altas tasas de mortalidad, como es el caso de formas de consumo alimentario que conducen al incremento constante de la mortalidad por diabetes mellitus 2 en países como México, o como es el proceso de calentamiento global, que generaría catástrofes demográficas a nivel mundial. No obstante, lo dominante, por ahora, es la posibilidad de seguir incrementando las expectativas de vida, conviviendo con la enfermedad y con los padecimientos, que es lo que me interesa subrayar.

Por supuesto que lo que estamos señalando es porque manejamos nuestro análisis en un alto nivel de abstracción al pensar en lo que ocurre en los países de mayor desarrollo socioeconómico, que es donde tenemos los mayores desarrollos de la biomedicina. Señalo esto porque si pensamos en países periféricos, especialmente en la mayoría de los países africanos y de ciertos países americanos, los procesos económico-políticos dominantes,

incluida las carencias del sector salud, generarían otro tipo de lectura de la que estoy proponiendo.

**A. N. Triana:** ¿Cómo involucrar la formación del médico desde la perspectiva de la atención primaria? y ¿cuál es la propuesta alternativa que se tendría a la formación del médico frente a esa crítica que se hace al modelo hegemónico?

**Dr. Menéndez:** Si bien no lo he desarrollado en esta entrevista, mis análisis sobre el MMH han destacado sus aspectos negativos y la necesidad de modificarlos. Ahora bien, respecto de la pregunta, lo primero por especificar es qué tipo de atención primaria proponemos y qué tipo de APS domina en mi país. Así mismo, necesitamos especificar si pensamos en términos de médico de APS o de equipo de salud en APS. En Colombia domina en las instituciones oficiales la APS focal, y yo considero que lo mejor es la APS integral. Allí se deberían tomar decisiones respecto de cuál es la que debería ser impulsada a nivel de formación universitaria. Personalmente, impulsaría la formación en términos de APSI, que no solo tiene que ver con los contenidos de la enseñanza, sino con la conformación del trabajo en equipo de salud en términos democráticos, pero señalando al alumnado que esto no es lo que van a encontrar en las instituciones de salud donde van a trabajar.

Un segundo aspecto por considerar se refiere a los objetivos de los alumnos que entran a formarse como médicos, y en los cuales la idea de especialidad puede ser la dominante, como está ocurriendo en México. Considero que al igual que en el ítem anterior, yo impulsaría una formación en APSI, no solo por tratar de inducir determinada orientación, sino porque, por ejemplo, en un país como México sus posibilidades de trabajo están a nivel oficial y privado en el primer nivel de atención. En México, el primer nivel es el que cuenta con menores recursos materiales de todo tipo, ya que estos están en el segundo y, sobre todo, en el tercer nivel; no obstante, es el que cuenta con mayor número de recursos humanos, por lo tanto, es el que contrata mayor número de médicos.

En México, la medicina privada se ha concentrado en las especialidades y, por lo tanto, la atención primaria tiene un papel secundario en términos de cobertura. Pero desde hace menos de veinte años se está dando un proceso según el cual la empresa privada es la que está creando el mayor número de puestos de trabajo para médicos que operan en el primer



nivel de atención. Me refiero al tipo de farmacias denominadas *farmacias similares*, que operan a través de cuatro diferentes cadenas de farmacias localizadas en el país, inclusive en pequeñas comunidades, donde tienen adjuntos consultorios médicos que atienden entre 12 y 24 horas diarias con médicos titulados, y cuyo precio de consulta está en estos momentos entre un dólar y medio y tres dólares americanos.

Es decir, en términos de formación universitaria tengo que decidir si pienso la APS en términos de lo que debería ser en función del sistema médico que debería existir según mis objetivos, o si pienso en términos del sistema de salud dominante actualmente.

Ahora bien, todo proceso de modificación en los contenidos y formas de aprendizaje a nivel universitario implica considerar con qué tipo de personal docente se impulsaría la formación médica en términos de APSI, asumiendo que la mayoría de dicho personal está formado según criterios que no son los que yo quiero impulsar. Pero supongamos que puedo iniciar una nueva carrera de medicina a partir de los criterios que considero deben formar el nuevo tipo de médico, ¿con qué personal voy a trabajar, que por una parte maneje los nuevos criterios, pero que también maneje los instrumentos que han favorecido la eficacia médica?

Creo que podemos observar esta situación actualmente en el caso de las numerosas universidades interculturales que se han creado en varios países de América Latina en los últimos veinte años, en varias de las cuales se han creado carreras de medicina que han incluido nuevos contenidos socioculturales y han excluido contenidos biomédicos. Por lo cual, de existir este tipo de formación médica en Colombia sería importante analizar los contenidos formativos, las formas de enseñanza, el tipo de recursos generado, su eficacia, la recepción comunitaria y sus posibilidades de inserción ocupacional.

En mi experiencia docente, parto de la base de que para la mayoría de los médicos un saber, una explicación, un instrumento tienen valor en la medida que tengan algún tipo de eficacia y utilidad a nivel clínico o salubrista. De no ser así, vivirán lo que les enseñan como mero *rollo* o, si se prefiere, como discurso interesante, pero que tiene poco que ver con sus objetivos profesionales. Por eso, lo ideal sería que, si queremos incluir aspectos sociales y culturales en la formación médica, fueran parte de lo que se está enseñando en anatomía descriptiva y patológica, en fisiología o

en semiología, y no aparecer como algo separado de dichas materias. Para hacer suyos estos nuevos contenidos, el médico necesita relacionarlo con lo que a él le interesa, y de ser posible en términos aplicados.

Señalo esto, además, porque en su formación universitaria el médico recibe *indirectamente*, pero en forma constante, información sociocultural que no vive como tal, pero que está incidiendo en él, dado que la recibe a través de los textos médicos universitarios y de sus prácticas institucionales. Cuando vivía en Argentina hice un estudio sobre textos utilizados allí en la formación médica, y encontré que gran parte de estos están cargados de información sociocultural. Así, por ejemplo, los textos de Testut sobre anatomía descriptiva y los de Testut y Latarjet sobre anatomía patológica están llenos de información —incluyendo imágenes— racista, que los estudiantes leen y aprenden acríticamente. Estos son textos a través de los cuales se han formado decenas de generaciones de médicos, no solo en Argentina, sino en la mayoría de los países latinoamericanos.

Ahora bien, reitero que la formación de médicos debiera pensar en qué mercado de trabajo se va a insertar el nuevo profesional, ya que, como señalé, actualmente en México el principal mercado para médicos son las denominadas farmacias similares.

**J. A. Álvarez:** Ese médico fórmula para la farmacia, y la farmacia es la que vende.

**Dr. Menéndez:** En general, los médicos no les dicen a los pacientes “vayan a tal farmacia a comprar lo que les receto”, simplemente, les hacen la receta, y la farmacia está al lado, es la más cercana, y además vende, sobre todo, genéricos. Ahora bien, el modelo farmacia/médico no es reciente, dado que durante décadas había médicos que eran dueños de farmacias, hasta que se les prohibió. Lo interesante ahora es que el dueño de la farmacia, y también del trabajo del médico, ya no es un médico, sino una empresa farmacéutica, lo cual también es un indicador de la pérdida del poder del médico, de la nueva situación laboral del médico general.

En México hay muchas escuelas de medicina privadas y oficiales que están produciendo constantemente médicos, y la masa de nuevos médicos no puede ser absorbida por el sector salud oficial, aun cuando expanda su cobertura en el primer nivel de atención. Por lo cual, para la mayoría de los médicos la única opción es la medicina privada como médicos generalistas o especialistas, así como en el ámbito del consultorio privado o de trabajo en empresas médicas.

Dentro de estas posibilidades, en México las farmacias similares constituyen actualmente la principal opción de trabajo para los médicos, y por eso considero que el tipo de formación médica que se impulse tiene que pensar por lo menos en dos dimensiones: la que tiene que ver con lo que queremos impulsar, así como con la situación del mercado de trabajo médico; pues si solo trabajamos con la primera opción, al poco tiempo nos quedamos sin alumnos.

**J. Álvarez:** En Colombia existen pueblos pequeños que tienen droguerías y un médico que va a esas droguerías, o sea, que el fenómeno en Colombia ya está, pero no se encuentra masificado, algo así como el médico que monta su droguería para dar los medicamentos; él formula y, obviamente, la droguería es propia, pero ya cuando se masifica como negocio viene lo preocupante, ya que las cadenas comienzan a hacer una maquila médica.

**Dr. Menéndez:** En México es notable el constante incremento de este tipo de farmacias, y no solo en las grandes ciudades, sino, como ya señalé, en localidades medianas y pequeñas. Pero, por ejemplo, en Argentina se trataron de instalar este tipo de farmacias, pero hasta ahora han sido prohibidas.

**A. N. Triana:** Ahora que surge el término de *autoatención* —porque nosotros lo que manejamos es el cuidado y el autocuidado como ejes fundamentales de la atención primaria—, usted dice que se debe hacer un proceso de autoatención, es decir, ¿existe alguna relación entre los dos? y ¿cuál es la diferencia entre el autocuidado y la autoatención?

**Dr. Menéndez:** El autocuidado para mí es parte de la autoatención, pero no suelo hablar de autocuidado porque refiere casi exclusivamente al individuo, mientras que la unidad básica de la autoatención son los diferentes microgrupos; es decir, el grupo de trabajo, el grupo de compañeros de la escuela secundaria y, sobre todo, el grupo familiar. En estos y otros microgrupos se utilizan representaciones y prácticas de autoatención que son, en su mayoría, decisivas para la reproducción del grupo y de los sujetos que lo constituyen.

Manejo la autoatención en dos niveles: el que corresponde al conjunto de las acciones de reproducción social e individual del grupo familiar, en el cual, por ejemplo, se dan acciones de preparar la comida, de lavar la ropa, de asear la vivienda, de la higiene personal —bañarse, cepillarse

los dientes, etc.—; y otro nivel que corresponde a los saberes que estos grupos tienen y practican respecto de las enfermedades que padecen. Cuando alguien se enferma, las primeras acciones *clínicas* se dan dentro de los microgrupos, y especialmente del grupo familiar; pero también los procesos de prevención se dan en los microgrupos; es decir, los primeros diagnósticos y acciones se desarrollan estructuralmente en los microgrupos.

La autoatención es un proceso universal que se da en toda sociedad centrada en los microgrupos. Ocurre que ciertos desarrollos sociales y la emergencia de ciertos padecimientos han conducido a la conformación de los grupos de autoayuda, que en su casi totalidad surgieron y siguen surgiendo de la propia población y no de la biomedicina o del SS. El primer grupo de autoayuda —Alcohólicos Anónimos— se concretó en los Estados Unidos en la década de los treinta, pero a partir de los cincuenta, también en los EE.UU. se crearon grupos de autoayuda prácticamente para todo padecimiento. Así tenemos grupos de diabéticos, de neuróticos anónimos o de obesos para adelgazar, como tenemos grupos de autoayuda constituido por padres con hijos con síndrome de Down, de personas con problemas cardiológicos o de familiares de personas que padecen alcoholismo. Todos estos grupos se caracterizan porque sus miembros padecen un problema específico o tienen a su cargo personas con problemas específicos. Estos grupos son creados por ellos mismos, rechazando, en la mayoría de los casos, la supervisión o rectoría biomédica, y se caracterizan por autofinanciarse y porque la colaboración/ autoayuda entre sus miembros se reduce al padecimiento que sufren. Hasta ahora, y lo resalto, todo grupo de autoayuda se construye a partir de un padecimiento específico, por quienes lo sufren, y por lo tanto sin ningún interés como grupo respecto de otro tipo de enfermedades.

El éxito comparativo de este tipo de grupos de autoayuda ha conducido a que el SS de muchos países trate de impulsarlos por su cuenta; así, por ejemplo, y dado que la diabetes mellitus 2 se ha ido convirtiendo en una de las principales causas de mortalidad en México, el SS oficial de dicho país ha desarrollado un programa a nivel nacional de grupos de diabéticos, en los cuales se modifican algunas de las principales características de los grupos de autoayuda, comenzando con la pérdida de autonomía de ellos. Los sujetos que los conforman no son convocados por ellos mismos, sino por los centros de salud, y los grupos que se organizan no están coordinados por ellos mismos, sino por agentes del SS.

La biomedicina y, especialmente, el SS se han dado cuenta del papel de la autoatención y, en particular, de los grupos de autoayuda, y decidieron impulsar lo que han denominado *autocuidado* tanto por objetivos curativos, como para abatir los costos de atención; pero dadas las tendencias del MMH, han convertido un hecho colectivo y autónomo en un proceso individual y dependiente.

**A. N. Triana:** Ahí estarían el individuo, la familia y la comunidad.

**Dr. Menéndez:** Exactamente, la comunidad, los vecinos, los amigos y los compañeros de trabajo son los referentes a los que los sujetos recurren inicialmente cuando se sienten enfermos. Más aún, son el sujeto y su microgrupo los que siguen actuando luego de la consulta de un sujeto con un curador profesional. Inclusive, esto es parte del saber médico, ya que, por ejemplo, el proceso de convalecencia está basado en la autoatención.

La autoatención no debe ser referida únicamente al grupo familiar, sino pensada en términos de los microgrupos estructurales que operan en las comunidades. En nuestros estudios sobre salud ocupacional en Argentina, pudimos *descubrir* lo obvio: los trabajadores, tanto en el intervalo laboral para comer como al reunirse luego de la jornada laboral, suelen hablar de sus padecimientos relacionados con el tipo de trabajo, haciéndose mutuas recomendaciones de lo que tienen que hacer ante dolores musculares, irritación de los ojos o cansancios discapacitantes. Es decir, estos grupos generan, estructuralmente, explicaciones y prácticas de autoatención, de tal manera que los pequeños grupos *naturales*, como las familias o los grupos ocupacionales, así como los *construidos* es decir, los grupos de autoayuda, son agentes fundamentales para el tratamiento, convivencia o solución de los padecimientos que aquejan a los sujetos.

Ahora bien, la autoatención constituye no solo el primer nivel de atención real en toda sociedad, sino el lugar de articulación de los microgrupos/ sujetos con las otras formas de atención dominante en sus comunidades. Es a través de la autoatención que se articula y se sintetiza el conjunto de formas de atención y de prevención dominantes, lo cual no suele ser asumido por una biomedicina y un SS, a los cuales solo parece preocuparles el autocuidado.

**A. N. Triana:** Teniendo en cuenta que usted hace una crítica contundente al modelo hegemónico, ¿tiene también alguna crítica a la estrategia de

atención primaria como una posibilidad para mejorar las condiciones de *salud*, desde la perspectiva política de los pueblos y de las naciones, por ejemplo, en América Latina?

**Dr. Menéndez:** Para conversar sobre lo que me propone tenemos que especificar de qué APS estamos hablando, dado que, además, tanto la APSI como la APSF han sido generadas desde la biomedicina. Las bases de toda APS están en el MMH, y lo que deberíamos analizar es qué características eliminamos, reducimos o modificamos en dicho modelo, así como qué características impulsamos según nuestros objetivos y posibilidades.

Así, por ejemplo, no cabe duda de que necesitamos impulsar una mejor relación médico-paciente que implique el respeto mutuo, y no solo del curador hacia el paciente, sino del paciente hacia el curador. Señalo esto porque frecuentemente solo ponemos la propuesta en el curador, lo cual, desde mi perspectiva, es incorrecto si estamos hablando de relaciones. Más aún, necesitamos ser coherentes con nuestras propuestas, y así, por ejemplo, muchos de los que defienden la medicina tradicional y las medicinas alternativas justifican que algunos de los curadores casi no hablen con el paciente o tengan una conducta autoritaria, mientras que critican estos aspectos en el caso del ejercicio biomédico.

Por lo dicho antes, considero que, si bien la APS —a partir de las propuestas de Alma Ata— debería incluir el uso de las medicinas tradicionales, para ello necesitaríamos analizar las propiedades y eficacias curativas y preventivas que tienen, así como las funciones que cumplen. Es más, necesitamos indagar si la población las reconoce y las demanda o ya no. Digo esto porque, por ejemplo, muchos antropólogos plantean la necesidad de recuperar el papel de chamanismo en las comunidades étnicas, pero ocurre que, por ejemplo, en Yucatán han casi desaparecido los chamanes, ya que no son demandados por los sujetos y grupos para sus problemas de salud, y porque, además, los jóvenes ya no buscan convertirse en chamanes ni en otro tipo de curadores tradicionales. Entonces, ¿cuál es el sentido de incluirlos en términos de APSI?

Actualmente, por lo menos en América Latina, dominan desde los años ochenta los programas de salud focales, ya que se dejaron de lado los integrales, y creo que después de casi cuarenta años de experiencias focales necesitaríamos retomar la discusión sobre las posibilidades/necesidades de impulsar o no la APSI. Además, la totalidad de los países siguen

dedicando la gran mayoría de su presupuesto a la atención clínica, cuando debieran incrementar constantemente las inversiones en prevención, lo cual necesita ser nuevamente analizado desde las perspectivas de la APS, ya que, por ejemplo, según mis observaciones, la atención médica no solo cumple funciones técnicas curativas, sino de legitimación social e ideológica, dado que las personas demandan ser atendidas por médicos, en quienes depositan, comparativamente, las mayores expectativas para solucionar sus problemas.

Por eso considero no solo que las actividades preventivas deben ser centrales en el equipo de salud, sino que gran parte de la educación preventiva debe ser realizada por el médico durante la consulta médica, dado que es el momento en que el médico puede influir más en el paciente, y porque potencialmente es el miembro del equipo de salud que más influye en las decisiones y acciones de los pacientes. Es decir, proponemos aprovechar la consulta médica para realizar sistemáticamente prevención. Pero para ello se necesita programar más tiempo en la primera consulta y subsecuentes, lo cual contradice las consecuencias de la APSF, que ha ido reduciendo en la práctica los tiempos de consulta médica en el primer nivel de atención.

**A. N. Triana:** ¿Cuáles pueden ser los principales tropiezos o dificultades que tendría un sistema, en cualquier país de América Latina, para poder llevar a la práctica una estrategia de atención primaria dentro del sistema de salud vigente?

**Dr. Menéndez:** Primero necesitamos especificar si trabajamos con APSI o con APSF, y segundo, saber con qué recursos humanos, materiales y financieros contamos para enfrentar con cierta eficacia los problemas dominantes en cada país. Si se tienen suficientes recursos, no creo que haya problemas básicos, más allá de los que pueden existir si aplicamos diferentes estrategias de APS.

Más allá de estas diferencias que, no obstante, pueden ser decisivas, la APSI o la APSF deben tomar centralmente en cuenta tanto los denominados determinantes sociales específicos como las condiciones de desigualdad socioeconómica y pobreza dominantes en nuestros países, y por lo menos ciertas características socioculturales de la población. Por ejemplo, frente al actual incremento de la morbimortalidad por diabetes mellitus 2 y de la obesidad en México, el SS debería intervenir en las políticas que posibilitan

la producción, comercialización y consumo de alimentos chatarra/basura; debería detectar en qué sectores sociales son más consumidos y tienen las peores consecuencias en términos de morbilidad, así como averiguar por qué los sujetos los consumen. Si no son conocidos estos procesos y no se trabaja a partir de la información obtenida, la APS que se aplique tendrá un impacto reducido y básicamente reparativo.

Ahora bien, ya he señalado que en términos teóricos e ideológicos habría que impulsar la APSI en la formación docente, pero respecto de las intervenciones tendríamos que ver en cada país qué es lo que puede generar mayor eficacia en el corto y mediano plazo para la reducción de las tasas de mortalidad y de los sufrimientos que generan, así como para asegurar la mejor convivencia posible con las enfermedades crónico-degenerativas. Por eso, para la mayoría de los países de Latinoamérica considero que lo posible está en impulsar una política de APSF que posibilite reducir las tasas de mortalidad en una serie de problemas específicos, y no enfrentar simultáneamente el conjunto de problemas que están operando, dada la carencia de recursos para hacerlo, y a partir de esto, y donde se pueda, impulsar acciones de APSI, ya que los intentos de impulsar la APSI como política pública tropezarían —como ha ocurrido reiteradamente— con dificultades, entre otras consecuencias, como la disminución de la eficacia parcial que puede tener la APSF.

Donde podamos debemos tratar de impulsar propuestas de APSI o similares, ya sea dentro del SS oficial o de experiencias como las impulsadas en diversos momentos por algunas ONGs, sobre todo en términos de participación social de la comunidad. Y es desde estas perspectivas que, por ejemplo, vengo planteando reiteradamente que una tarea central de la APS es enseñar a los pacientes a diagnosticar los padecimientos que pueden tener ellos o sus familiares, así como aprender no solo a prevenirse, sino a autoatenderse, incluido automedicarse. El médico debe asumir que todo paciente que llega a consulta de primera vez viene con un diagnóstico presuntivo establecido por él y sus microgrupos, así como también suele llegar con algún tipo de automedicación alopática, tradicional o alternativa, y el facultativo no solo debería preguntar sobre estos aspectos, sino montarse sobre ellos para posibilitar no solo una curación del padecimiento por el cual el sujeto fue a consulta, sino también para un aprendizaje práctico para favorecer la autonomía relativa de los sujetos y microgrupos sobre sus padecimientos. Yo he hecho algunas experiencias con médicos respecto a estos aspectos que resultaron, por lo menos, interesantes.



Otro de los problemas lo tenemos en la formación de recursos a nivel universitario, a los que ya me he referido y respecto a los cuales nos tenemos que manejar articulando lo que impulsan los sectores biomédicos dominantes, lo que buscan los alumnos profesionalmente y lo que creemos que hay que hacer. Soy bastante escéptico respecto de la posibilidad de modificar sustantivamente la orientación de los contenidos, ya que el peso de la formación médica se orientará cada vez más hacia contenidos biologicistas, genéticos, bioquímicos e instrumentales, y posiblemente se insista en contenidos formativos sobre la relación médico-paciente. Tal vez, a nivel de posgrado, y referido a ciertas especialidades, puedan generarse más modificaciones.

**J. A. Álvarez:** ¿El modelo alternativo subordinado es la respuesta al MMH o es una mezcla con el modelo de autoatención?

**Dr. Menéndez:** En las propuestas sobre modelos de atención, el eje está puesto en el MMH y en el modelo de autoatención (MA), de tal manera que el modelo alternativo subordinado (MAS) es el menos elaborado y precisado en términos conceptuales. Recuerdo que cuando hablo de modelos me refiero a que son construcciones provisionales, que, por lo tanto, requieren que las características y funciones de los modelos sean referidas a la historicidad dentro de la que operan. Este es un aspecto importante, ya que los modelos no constituyen ninguna realidad concreta, sino que, en cuanto modelos, son una abstracción provisoria que sirve de recurso metodológico para indagar y comprender la realidad.

Desde esta perspectiva, el MAS no solo es el menos elaborado de los modelos de atención, sino que operó inicialmente como *cajón de sastre*, donde se incluyeron las medicinas *new age*, así como las tradicionales, lo cual no solo es incorrecto en términos conceptuales, sino que indica que nuestras preocupaciones referían sobre todo a la articulación del MA con el MMH y, en segundo lugar, con el MAS.

Retomando la pregunta, para mí la alternativa al MMH no está en las medicinas alternativas ni en la denominada medicina tradicional, lo cual no niega que algunos aspectos que estas desarrollaron más pueden ser incluidos en un modelo que *supere* al MMH; sobre todo porque algunos de esos saberes tradicionales y paralelos se preocuparon por aspectos que las líneas dominantes dentro de la biomedicina dejaron de lado o los incluyeron marginalmente. Si bien ahora no hay tiempo para desarrollarlo,

necesitamos aclarar que cuando hablamos de MMH no solo nos referimos a su relación con las medicinas alternativas y las tradicionales, sino también con otras corrientes biomédicas que han sido excluidas o relegadas a segundo plano. Necesitamos recordar que la balneoterapia o la medicina psicosomática tuvieron en algún momento identidad propia, y aún la siguen teniendo en algunos contextos e inclusive en algunos países, pero sin constituir ya parte de las orientaciones biomédicas dominantes.

La salud mental ha sido históricamente un campo secundario dentro de la biomedicina, dadas las limitaciones de esta para encontrar soluciones a la mayoría de los problemas de salud mental, no obstante necesitamos asumir que la gran mayoría de las corrientes que han trabajado salud mental han surgido de la biomedicina, más allá de que fueran luego excluidas, relegadas e inclusive desaparecidas. Las limitaciones de la biomedicina para encontrar soluciones permanentes o acotadas a la mayoría de los cuadros de adicciones a determinadas sustancias; la solución medicalizadora a fenómenos actuales como los trastornos de atención y, más recientemente, de autismo en niños y jóvenes; los usos controladores de la biomedicina a través, por ejemplo, de los programas de planificación familiar; las denuncias de la medicalización de los comportamientos, o el incremento constante de los costos biomédicos son algunas de las principales críticas hacia la biomedicina que siguen vigentes. Inclusive, se denuncia la constante expansión del uso de sustancias biomédicas que está conduciendo a su ineficacia, dadas las resistencias crecientes que operan en los sujetos, las cuales crean la posibilidad de nuevas y catastróficas epidemias. Ello ha conducido no solo a la crítica de la biomedicina, sino a pensar en alternativas que se refieren frecuentemente a las medicinas paralelas y, en menor medida, a la medicina tradicional.

Respecto a estas posibilidades, necesitamos asumir que uno de los rasgos básicos de la biomedicina es su pragmatismo, es decir, por ejemplo, su capacidad de apropiarse de formas de atención que en algún momento rechazaron o que estarían en contradicción con sus concepciones y prácticas. Así, por señalar solo algunos ejemplos, la acupuntura y las técnicas yogas, como la herbolaria tradicional han sido no solo reconocidas, sino incluidas en los tratamientos del SS de muchos países para padecimientos específicos.

Además, se ha acusado reiteradamente a la biomedicina de haber impuesto a la población formas de atención que son incorrectas,

inclusive en términos biomédicos, como es el caso del parto acostado, que se caracteriza además por una alta carga de agresividad e intrusividad biomédica, ejemplificada en los últimos años por el gran incremento del parto por cesárea, respecto a lo cual se ha planteado la recuperación de formas tradicionales de parir, como el parto en cuclillas o el parto en hamaca o, inclusive, formas alternativas de parto que han recibido en conjunto el nombre de parto humanizado y que han sido reconocidas tanto a nivel de medicina oficial como privada, aun cuando no han sido impulsadas como política de salud, por lo menos en México.

En la concreción de estas tendencias, no cabe duda de que van a intervenir la biomedicina, las oenegés, la industria químico-farmacéutica y otros actores sociales. Por lo tanto, una de las cuestiones por decidir es cómo nos situamos en términos de APSI o de APSF, así como en términos de formación biomédica a nivel universitario, lo cual sería interesante analizar en algún otro momento.

En síntesis, para mí, debería operar un sistema único de salud que cuente con los recursos para operar eficientemente en los tres niveles de atención. Ese sistema único debería estar dirigido por un equipo médico que integre clínicos en los tres niveles de atención, personal salubrista y representantes *reales* de diferentes sectores de la sociedad civil. Tendría que haber representaciones equivalentes de los tres sectores. Este modelo debería replicarse a nivel de los estados y de los municipios. Debería, además, operar un comité de supervisión autónomo que periódicamente —digamos trimestralmente— revise la situación de los programas prioritarios, así como los problemas y denuncias que vayan surgiendo.

Es a partir de esta propuesta que necesitamos asumir que la biomedicina se ha ido modificando, pero siguiendo las líneas dominantes del MMH. Como ya señalamos, se han generado sistemas de salud centrados en los gobiernos, sistemas de salud centrados en la medicina privada y sistemas con significaciones similares de la medicina privada y de la oficial, aun cuando durante el neoliberalismo y, sobre todo, tras la crisis económica de 2008/2009, ha habido reiteradas reducciones presupuestales y de recursos en la aplicación de programas oficiales, así como avances fuertes o débiles de la medicina privada tanto en países centrales como periféricos.

Como sabemos, la biomedicina ha reconocido sus tendencias a la biomedicalización de los comportamientos, a las políticas de encierro

de los *diferentes* o sus tendencias intrusivas en los cuerpos, generando modificaciones, pero que se suelen aplicar en forma desigual según los países y según los sectores sociales. Por lo anterior, si bien se han desarrollado toda una serie de técnicas quirúrgicas cada vez menos intrusivas y lesionadoras, simultáneamente, por lo menos en los países latinoamericanos, se ha incrementado constantemente el número y porcentaje de cesáreas tanto a nivel oficial como privado.

No cabe duda de que la biomedicina también ha asumido las críticas al tipo de relación médico-paciente dominante y ha generado propuestas de modificación, pero apenas han operado en la medicina privada y en el tercer nivel de atención del SS oficial, en los países latinoamericanos, dado que el primer nivel aparece saturado y reduciendo cada vez más el tiempo de consulta. Es decir, la biomedicina no niega ni rechaza la existencia de determinados problemas en su forma de operar, pero los cambios se generan según los recursos existentes y los grupos y orientaciones dominantes en cada país.

Si bien a nivel de discurso la biomedicina dominante asume la importancia, inclusive decisiva, de los procesos ecológicos, económico-políticos y socioculturales, —y si bien para el salubrismo, la medicina denominada social y los organismos, como la OMS, estos factores son prioritarios—, los reconocimientos no se expresan a través de la formación universitaria del personal de salud, dados los procesos ya analizados. El contenido seguirá siendo básicamente biológico, y tal vez se impulse más la formación en términos de la relación médico-paciente.

En lo referente a la formación del personal de salud en términos de APS, sería importante desarrollar un aprendizaje donde los alumnos aprendan los aspectos ecológicos, económico-políticos y socioculturales, a través de las materias médicas y de los ejercicios institucionales.

Por último, recordemos que en todos los contextos domina la APSF, por lo cual sería necesario retomar, aunque sea a nivel reflexivo, las propuestas de APSI, para ver sus posibilidades de desarrollo actual.