



# PsicoResúmenes

[www.psicoresumenes.com](http://www.psicoresumenes.com)

Resumen de Menéndez, E. (1985). El modelo médico dominante y las limitaciones y posibilidades de los modelos antropológicos.

**En la web encontrarás:**



Bibliografía



Evaluaciones



Resumen



Tutorías

**Accedé a:**

- Clases particulares de varias materias.
- Un tutor para ayudarte a planificar tus semestres.
- Un tutor que te corrija tus trabajos de facultad.



@PsicoResúmenes



@Psico.Resúmenes



**Menéndez, E. (1985). El modelo médico dominante y las limitaciones y posibilidades de los modelos antropológicos. Desarrollo Económico, 24(96), 593-604.**

Los comienzos más o menos imprecisos de la antropología médica en América Latina pueden ser detectados en Mesoamérica en la década de los 20, constituyendo su expresión más significativa la serie de investigaciones biomédicas que culminaron en el Informe Shattuck para Yucatán.

A partir y en función de esos trabajos pueden distinguirse 3 periodos en la producción de la antropología médica sobre América Latina:

- 1) El primer periodo entre 1920 y 1930:** el cual solo presenta trabajos aislados vinculados a proyectos biomédicos, con bajo desarrollo teórico
- 2) El segundo periodo entre 1940 y 1960:** es el periodo más relevante, no solo por la notable cantidad de trabajos, sino porque varias de las investigaciones más importantes estuvieron relacionadas con los organismos de salud locales, y porque durante este periodo se constituyó un modelo explicativo de notoria influencia.
- 3) El último periodo a partir de 1970:** se caracteriza por un estancamiento en la producción y sobre todo por una reiteración de las temáticas y del modelo explicativo, que implicó además un total dominio de las posiciones empiristas. Las limitaciones más significativas se verificaron en la impotencia de estos trabajos de dar no solo “soluciones”, sino interpretaciones respecto de los “nuevos” problemas de salud/enfermedad que emergían en los países.

Las bases temáticas, metodológicas y teóricas dominantes en la antropología médica de América Latina se constituyeron en el segundo periodo, entre 1940 y 1950 en Mesoamérica, Colombia y Perú. Los investigadores que iniciaron dicho proceso eran predominantemente norteamericanos, y el trabajo se realizó preferentemente en pequeñas comunidades rurales, donde dominaba un campesinado de extracción indígena.

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

La propuesta teórica global de la antropología social en este periodo puede esquematizarse así: la medicina científica debe ser reconocida como la medicina, pero ello no niega que las prácticas médicas “tradicionales” tengan su propia racionalidad diagnóstica y terapéutica, que además se halla integrada a las concepciones culturales y productivas dominantes en la comunidad. Deben en consecuencia hallarse los mecanismos culturales que posibiliten la integración y aculturación de las prácticas médicas científicas, sin alterar culturalmente a dichas comunidades. El proceso debe darse pero con el menor costo cultural posible.

En el último periodo, por la década de los 70, los sociólogos latinoamericanos proponen, como objeto de sus investigaciones, problemáticas prácticamente no tocadas por la producción anterior, en particular la antropología. Así, las relaciones entre clase y mortalidad, la salud laboral, la industria de la salud o las funciones del modelo médico “científico” se convertirán en los “nuevos problemas” que implican necesariamente para su

desarrollo la consideración de procesos económico-políticos, por lo menos como condicionadores de dichos procesos. De esta manera, frente a un modelo antropológico médico centrado en la integración cultural, emergerá un modelo autodenominado histórico-estructural, cuyo punto de partida es en la mayoría de los casos la dimensión económico-política.

Se puede distinguir, entonces, dos corrientes bien claras:

- 1) **La sociología médica (modelo histórico-estructural):** la cual estudia las diferencias económicas y clasistas, así como las profesiones y el proceso de profesionalización
- 2) **La antropología médica (modelo de integración cultural):** la cual se dedica a estudiar la afiliación étnica y cultural, los sistemas de prácticas y creencias y las premisas y valores respecto de la salud/enfermedad, que ignora los procesos estructurales.

Consideramos que el modelo antropológico dominante en la antropología médica de los 40 en América Latina partió de puntos que tanto a nivel empírico como parcialmente a nivel teórico podrían validarse como correctos:

- a) es real la racionalidad de los sistemas médicos nativos
- b) es real la eficacia simbólica de las estrategias terapéuticas locales
- c) es parcialmente correcta la articulación de estos sistemas médicos con el sistema social global
- d) es real la existencia inicial de una separación pragmática e ideológica entre enfermedades tradicionales y enfermedades de los médicos
- e) es real el rechazo o mejor dicho la crítica a la atención médica científica
- f) es correcta la propuesta de utilizar los recursos propios como alternativas en áreas donde no existe cobertura y aún donde existe
- g) es correcto pensar a la enfermedad y la cura como procesos que no pueden ser explicados en sí biológicamente, sino que deben ser relacionados con el juego de relaciones sociales e ideológicas que las constituyen en lo que son

Es interesante además indicar que un autor que se autoubica en una línea crítica de la antropología médica, en un celebrado trabajo sobre la medicina aborígen en Ecuador propone las siguientes hipótesis:

- 1) la relación agente de salud-paciente en la medicina aborígen es totalizadora y va más lejos de la enfermedad, hacía la consideración de la historia del enfermo como parte integrante de la comunidad
- 2) cuanto mayor sea el desconocimiento de la medicina aborígen como práctica adecuada de su cultura, mayor será el fracaso de la medicina científica en sus contactos con la población aborígen
- 3) la integración a varios niveles, de los modelos médicos aborígen y científico, puede dar lugar a un cambio en el aspecto salud de la población ayudando a su movilización social

Las dos primeras hipótesis fueron verificadas por antropólogos culturales en la década del 40 y 50, y la tercera hipótesis fue parcialmente verificada.

En sus trabajos (1968 y 1978), Foster, uno de los padres fundadores de la antropología médica en América Latina reflexiona críticamente sobre los aportes recuperables de la producción antropológica y enumera una serie de estereotipos generados por los antropólogos, popularizados en el personal de salud y que pueden convertirse en reales obstáculos para la aplicación de programas:

- 1) la medicina tradicional es integral, la medicina moderna solo tiene en cuenta la cura
- 2) en los pueblos tradicionales se observa una dicotomía de las enfermedades en dos categorías, enfermedades que el médico puede curar y enfermedades “populares” que los médicos se niegan a reconocer
- 3) los sanadores tradicionales son de edad relativamente avanzada, muy respetados en todas las comunidades y que deberían ser aliados en los programas de atención primaria
- 4) los médicos que trabajan en medios “tradicionales” ignoran con frecuencia a la medicina tradicional y tienen problemas de comunicación con sus pacientes
- 5) en las comunidades indígenas las enfermedades más importantes son las tradicionales, pues constituyen parte básica del núcleo ideológico de su integración
- 6) la racionalidad de la comunidad y su criterio de participación son los factores básicos que operan en el proceso de relación con las enfermedades y las terapéuticas modernas

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

¿Cuál fue la incidencia de la antropología médica y su uso por la práctica y saber médicos?

Pueden distinguirse dos etapas de incidencia de la antropología médica:

- 1) **Una en el segundo periodo, entre 1940 y 1960**, en la cual las investigaciones antropológicas demuestran la influencia de los factores socioculturales en la relación médico-paciente y fundamentan en gran medida la utilización de personal auxiliar de salud en forma controlada.
- 2) **Un segundo periodo** tiene que ver con los planes de extensión de cobertura y de focalización en la atención primaria propuestos luego de la primera reunión de Alma Ata y que, convertidos en programas de salud rural, supuso retomar gran parte de la ideología propuesta por la antropología médica durante el primer periodo, pero instrumentada ahora básicamente por personal de salud. Durante este periodo se planteará la necesidad de formación de personal auxiliar de las propias comunidades y también se hará particular hincapié en la validación de algunas técnicas terapéuticas “tradicionales”, en particular la herbolaria.

En ambas etapas las acciones se llevaron a cabo sobre el campesinado indígena y en muy segundo lugar sobre la población “marginal” urbana. Además los aportes antropológicos se

harán casi exclusivamente en el área de atención a la salud; prácticamente no hubo influencia en la dimensión epidemiológica.

**El modelo médico hegemónico** se caracteriza por ser biologicista, ahistórico, asocial, con enfoque individualista y pragmático, entre otros. Tiende a excluir o limitar la incidencia y el reconocimiento de la importancia de los factores económico-políticos y socioculturales en la producción y solución de los problemas de salud/enfermedad.

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

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

- a) aumento del costo de la atención a la salud
- b) aumento correlativo del consumo de equipo y de fármacos; dentro de los fármacos se habría intensificado el consumo de aquellos que pueden conducir a consecuencias negativas en la salud
- c) aumento correlativo de la “intervención médica”, una de cuyas expresiones más visibles y costosas son las intervenciones quirúrgicas, normalizando algunas prácticas como la cesareas
- d) aumento correlativo de la iatrogenia, así como de la ineficacia
- e) predominio de los criterios de productividad y rendimiento en la atención médica en detrimento de su “calidad”
- f) la ampliación ideológica y técnica de cada vez más áreas de atención y la reducción real de las áreas de eficacia
- g) la carencia de relación, por lo menos en algunos casos, entre el aumento de los costos, el perfil epidemiológico dominante y su control
- h) carencia de relación entre todos estos procesos y un panorama epidemiológico que en todos los contextos aparece determinado básicamente por la producción social y económica de la enfermedad
- i) el predominio de las estrategias curativas respecto de las preventivas

De esta manera puede entenderse que la utilización de las propuestas antropológicas por el modelo hegemónico durante el primer periodo (1920-1930) fue debido a que estas eran planteadas para áreas donde no existía cobertura médica y donde era demasiado caro extenderla, sobre todo porque allí no se podía operar una medicina de mercado.

En la segunda etapa, las razones son parcialmente similares, pero ahora se agregan no sólo los procesos que evidencian la crisis del modelo médico, sino también la profundización de una crisis económico-política a nivel general que conduce necesariamente al Estado a tratar de conciliar la legitimación y el control con el abaratamiento de los costos de atención.

Es así, que la crisis de la eficacia del modelo hegemónico, el nuevo perfil epidemiológico que necesariamente implicaba la consideración de la importancia de los factores

socioculturales, y la búsqueda de un “control consensual” por parte de los Estados, condujeron a la utilización de las ciencias sociales y antropológicas.

**Primer modelo:** es así que en la década de los 70 se aceptaron algunas de las antiguas propuestas de la antropología; se caracterizó por el énfasis puesto por la OMS y las oficinas regionales en la extensión de los servicios de salud al conjunto de la población. Este proceso culminó en la conferencia internacional de Alma Ata, y en las propuestas de los diferentes programas de extensión de cobertura que se intentaron aplicar en América Latina. Esta extensión de cobertura estaba basada en el desarrollo de recursos comunitarios de bajo costo y en el escalonamiento de los servicios de atención médica, lo que supuso la producción de recursos humanos comunitarios que se hicieron cargo del primer nivel de atención. Este primer nivel de atención suponía además la participación activa de la población en las acciones de salud, de salubridad y de saneamiento.

Todo esto suponía una notable potencialidad en el abaratamiento de costos referidos tanto a recursos materiales, como a recursos humanos.

**Segundo modelo:** al irse incrementando el deterioro económico-social, en 1980 el Banco Mundial propone una reformulación del primer modelo. Se plantean, de esta manera, un conjunto de propuestas de solución a los problemas de salud/enfermedad en los países en desarrollo. Pero estas medidas son planteadas respecto de un modelo médico cuyas propuestas están generalmente basadas en un incremento de tecnología médica, aumento de personal de salud y en basar sus estrategias en la curación y no en la prevención. De esta manera, este modelo constituye uno más costoso que el primero.

De acuerdo a todo esto ¿en qué medida el primer modelo supone una superación del segundo?

El primer modelo asumió muchas de las propuestas antropológicas y sociológicas, inclusive las más radicales, y aparece ligado tanto a las propuestas comunitarias del funcionalismo, como a las propuestas antimedicalizadoras del interaccionismo simbólico.

Es posible hacer una enumeración de los procesos analizados y propugnados por las antropologías y que se podrían articular con este aparente modelo “no médico”:

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

Todos estos procesos son reales y pueden favorecer el desarrollo de estrategias respecto de los problemas de salud/enfermedad que total o parcialmente remiten a la “participación

popular” o al “desarrollo autónomo de las comunidades”. Sin embargo, varias de estas propuestas ya habían sido planteadas tempranamente por los antropólogos funcionalistas entre 1930 y 1950, pero no fueron incluidas en ningún proyecto político autónomo, sino que se incluyeron en una estrategia económico-política que luego fue reconocida como “desarrollista”.

Se considera por lo tanto que el problema no gira alrededor de los procesos enumerados, sino en la forma como dichas instancias son apropiadas en función de objetivos muy diferentes de los que aparentemente parecieran implicar.

En este sentido, lo que se pone en cuestión no es el modelo en sí mismo, sino los objetivos de dicho modelo, ¿sus objetivos son transformar la producción y reproducción de enfermedades? ¿o por otro lado, implica crear nuevas instancias de control? Si el objetivo es crear nuevas instancias de control, no operará como una estrategia que realmente transforme la producción y reproducción de enfermedades.