

psicológica que se requiere para resistir en esas condiciones etc.). Por eso, contrariamente a lo que sostiene la propaganda racista, los que emigran no son precisamente seres «inferiores» a nosotros», sino personas bien dotadas a nivel de capacidad de lucha y autonomía.

En este capítulo hemos visto que a través del concepto de duelo migratorio es posible establecer, desde la perspectiva psicológica y psicosocial, una interrelación sumamente fructífera entre los aspectos médicos y los aspectos culturales que se ponen en juego en la complejas realidades de la migración y la interculturalidad.

### Bibliografía

- Avia, M. D. y C. Vázquez (1998), *Optimismo inteligente*, Alianza, Madrid.  
 Benedict, R. (1934), *Patterns of Culture*, Houghton Mifflin, Boston.  
 — (1989), *El hombre y la cultura*, Edhasa, Barcelona.  
 Bowlby, J. (1985), *La separación afectiva*, Paidós, Barcelona.  
 — (1993), *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*, Paidós, Barcelona.  
 Delanoi, G. (1993), *Teorías del nacionalismo*, Paidós, Barcelona.  
 Enzensberger, H. M. (1992), *La gran migración*, Anagrama, Madrid.  
 Gellner, E. (1998), *Nacionalismo*, Destino, Barcelona.  
 Grinberg, L. (1984), *Psicoanálisis de la migración y el exilio*, Alianza, Madrid.  
 Kardiner, A. (1945), *El individuo y su sociedad*, Fondo de Cultura Económica, México.  
 Kymlicka, W. (1995), *Ciudadanía multicultural*, Paidós, Barcelona.  
 Morrison, S. (1973), «Intermediate variables in the association between migration and illness», *Int J Soc Psychiatry*, pp. 60-65  
 Tizon, J., M. Salamero, N. Pellejero, F. Sainz, J. Atxotegui y E. De la Lama (1993), *Migraciones y salud mental*, PPU, Barcelona.

## 6. Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud

Jesús Armando Haro Encinas

### Introducción

Aunque la atención no profesional de la salud —que aquí llamaremos *cuidado lego* o *cuidados profanos*— ha resultado ser en todo tiempo una dimensión estructural en todas las sociedades, bien podemos afirmar que ha sido un campo generalmente excluido o negado por los sistemas convencionales de salud, que mantienen actitudes ambiguas de subestimación, descalificación, exclusión o incluso de condena para todas aquellas iniciativas que emprenden la atención de la salud fuera del ámbito de la prescripción médica. En el mejor de los casos, un reconocimiento instrumental con el fin de subsumir el saber y que hacer profanos a la directriz médica profesional.

Como revisaremos en este capítulo, las situaciones en las que individuos o colectivos deciden no seguir al pie de la letra el proverbial «consulte a su médico» abarcan una amplia gama de actividades que no siempre parecen estar directamente relacionadas con la salud: comienzan con el cuidado de nosotros mismos, que conllevan las rutinas y hábitos cotidianos, los ritmos de trabajo y reposo, las relaciones sociales que cultivamos y otras conductas protectoras de la salud, la prevención y también el autotratamiento en caso de enfermedades. Comprenden la activación de redes familiares y sociales y, en ciertos casos, la de grupos organizados que a partir de la autogestión construyen sus propios dispositivos de atención sanitaria y de protección social independientemente de los sectores médicos profesionales.

El propósito de este ensayo estriba en repasar algunos elementos centrales que intervienen en la definición y estudio de este confu-

so ámbito que conforma el cuidado lego de la salud, proponiendo el uso de conceptos pertinentes y señalando ciertas dificultades metodológicas para afrontar esta «dimensión negada» o «posibilidad confiscada» que representan los cuidados profanos. Sin lugar a dudas, constituyen un núcleo esencial para cualquier sistema de salud y su pertinencia en un momento como el actual cobra particular significado, pues, como veremos, tanto individuos como colectivos tienden hoy a desmitificar el poder médico ejerciendo su derecho a decidir y definir a su manera ya no solamente opciones terapéuticas, sino incluso el significado mismo del estar sano o enfermo y hasta el de seguir vivo. Esto ocurre en un momento en que los avances de la tecnología médica han logrado como nunca prolongar la vida y mejorar relativamente su calidad, y el tema de la salud se ha vuelto cada vez más un discurso altamente técnico. Pero simultáneamente se ha politizado: en sociedades «desarrolladas» de modelo social, como las europeas, es un tema de constante debate la responsabilidad del Estado en la salud de individuos y colectivos; en sociedades «subdesarrolladas», como las latinoamericanas, se discute lo mismo acaloradamente, pero en un contexto diferente que de igual manera incide en la tensión entre derechos y deberes de estados y ciudadanos, que tiende a modificar los términos en los que se cifra el contrato social de la salud.

Partiendo de una revisión de la literatura y de la investigación, este trabajo pretende ofrecer un panorama sobre el tema de los cuidados profanos a partir de las nociones de autoatención, autocuidado y autoayuda, que para nosotros resumen las expresiones de este ámbito. También repasaremos la evolución en el enfoque de esta problemática por parte de científicos médicos y sociales, y discutiremos, aportes y cuestiones relacionadas para apuntalar la pertinencia que tiene el cuidado lego de la salud en las sociedades occidentales actuales. Considerando que la falta de precisión conceptual con respecto al tema es uno de los elementos que impiden una apreciación cabal de los fenómenos que concurren en un campo tan complejo, el primer apartado aborda el tema de las definiciones. El segundo ofrece un curso histórico sobre las relaciones del cuidado lego de la salud con el profesional, mientras que el tercero revisa algunos aportes de investigación. Finalmente, en el cuarto y último apartado se discuten ciertas perspectivas que los cuidados profanos tienen para la redefi-

nición del modelo de atención a la salud que actualmente se plantea tanto en estas sociedades como a nivel internacional.

### Definiciones sobre los saberes y las prácticas: autocuidado, autoatención y autoayuda

Al iniciar este apartado debemos advertir que la atención a la salud conlleva no solamente prácticas terapéuticas, sino también elementos culturales de referencia, procesos de información y toma de decisiones, de diagnóstico y pronóstico, actividades de rehabilitación, de prevención y promoción de la salud, que se ofrecen tanto a nivel personal, como es el caso de las tareas más elementales de cuidado, soporte, protección y acompañamiento, pero asimismo en un nivel social-comunitario, como corresponde a la intervención en políticas de salud y actividades de saneamiento. Esto implica que el ámbito de atención a la salud, a pesar de su aparente especificidad, difícilmente puede llegar a constituir un ejercicio monopolista, en vista de la multitud de niveles y facetas en los que se concreta este complejo proceso que podemos definir como el hacerse cargo de cualquiera de los elementos antes señalados, directamente implicados en la salud y en la enfermedad.

Hay que considerar que si definimos el ámbito del *cuidado lego* de la salud (*health lay care*) como todas aquellas actividades relacionadas con lo sanitario que existen al margen de la medicina profesional, nos estamos situando ante un amplio abanico de actividades que se despliega en forma concéntrica en un *continuum* que va desde las opciones de autocuidado más elementales hasta el concurso de diversas iniciativas asistenciales que no son oficiales en tanto no proceden del Estado ni tampoco son otorgadas por profesionales.<sup>1</sup> Inicia, como

1. Para los propósitos de este ensayo es pertinente aclarar que el concepto de *cuidado lego* como opuesto a la *atención médica profesional* resulta problemático en tanto el concepto mismo de lo profesional está cargado de indefinición y ambigüedad. La sociología de las profesiones ha propuesto diversos criterios que van desde la posesión de un cuerpo especializado de conocimientos abstractos o «esotéricos» (en tanto escapan del dominio popular), aplicados, que sería una definición mínima, hasta definiciones más amplias que incluyen una vocación altruista, ocupación a tiempo com-

podemos suponer, con los hábitos más personales e íntimos que constituyen parte del cuidado de nosotros mismos: por ejemplo, ducharse, lavarse los dientes o ponerse un preservativo o diafragma; la gimnasia y otras formas de actividad física, la prevención de accidentes y contagios, los hábitos higiénicos y la nutrición. También la automedicación de fármacos de patente y de «remedios» tradicionales o alternativos, sean conocidos por anteriores prescripciones o recomendados por familiares y otros significantes de las redes sociales. Por el lado de la familia, algunos autores sostienen que actividades sustanciales —a cargo casi exclusivo de las mujeres—, como el cuidado de los hijos, el aseo doméstico, la selección y preparación de alimentos, entre otras tareas, constituyen el sustento mismo de la salud. En el caso de enfermedades, pero igualmente de otros malestares y causas de aflicción o sufrimiento, numerosas investigaciones han demostrado que la familia cumple funciones cuidadoras no menos importantes que los sistemas convencionales y que en ocasiones son las únicas que intervienen, obteniendo muy frecuentemente sus recursos y saberes del acervo popular. Asimismo, el cuidado lego abarca una amplia gama de organismos sociales que ofrecen diversas opciones de asis-

---

pleto, presencia de asociaciones del gremio, elaboración de códigos éticos, autonomía, compromiso, identificación con colegas, mantenimiento de estándares, control del mercado de servicios, reconocimiento por el Estado y acceso a posiciones de poder, prestigio y privilegio para los profesionales (Rodríguez y Guillén, 1992). En el caso de la atención a la salud la línea problemática estriba en considerar como cuidado lego todo aquel ejercicio que no provenga de la medicina hegemónica o biomedicina, debido a que es la forma más institucionalizada de atención a la salud en las sociedades modernas y que cuenta con el respaldo del Estado y de la comunidad científica. Con relación a este trabajo, que pretende situarse en una perspectiva acorde con la antropológica, la definición mínima del concepto de profesión nos permitirá dejar fuera del ámbito del cuidado lego el ejercitado por los practicantes de las diversas medicinas alternativas, quienes ciertamente pueden ser considerados también profesionales —en este caso alternativos—, aun cuando no hayan recibido certificación universitaria, pero que cuentan con el reconocimiento comunitario de su rol de terapeutas. Sin embargo, se conserva el término de «atención médica profesional» por no encontrar mejor modo de referirse a las prácticas biomédicas, en tanto permite remitirse a un uso conceptual coloquialmente aceptado —aunque etnocéntrico— y que es el referido a las prácticas ejercidas por los profesionales médicos y de la salud adscritos a la medicina que poseen certificación universitaria. La atención médica que aquí llamamos profesional ha sido denominada también «alopática», «biomédica», «científica», «convencional», «cosmopolita», «formal», «hegemónica», «moderna», «occidental», «oficial», «ortodoxa» e incluso —de forma paradójica— «tradicional» en Estados Unidos, términos todos ellos imprecisos.

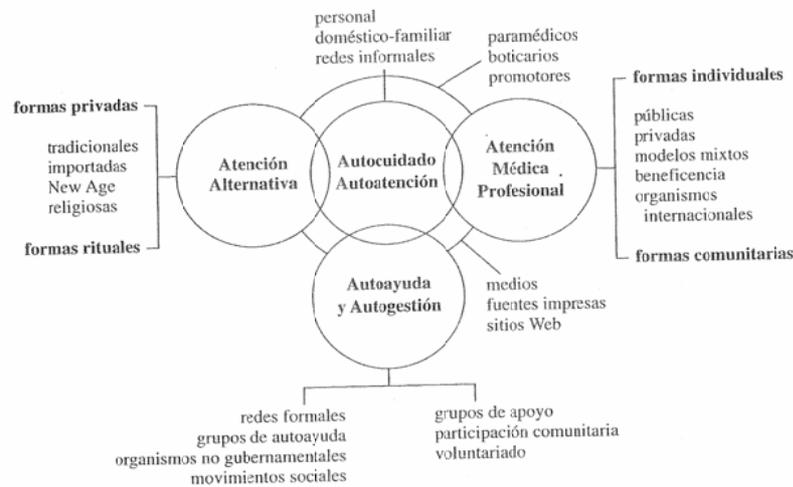
tencia generadas para responder a necesidades no cubiertas por los sistemas de seguridad social ni por la beneficencia pública o el mercado, tanto en las versiones profesionales hegemónicas como en las versiones alternativas.

Como podemos apreciar en la figura 1, el modelo que proponemos para representar el sistema de la atención a la salud en las sociedades modernas distingue cuatro formas básicas para atender necesidades sanitarias, que pueden ser de índole física, social o psíquica, de acuerdo con la conocida definición de salud de la Organización Mundial de la Salud como un estado de bienestar que involucra estas tres áreas. Conviene advertir que en este modelo, elaborado a partir de las fuentes en que se obtienen los recursos, se ilustra el solapamiento y la complementación de los sistemas médicos y asistenciales; también permite apreciar los diferentes ámbitos implicados y las eventuales relaciones que se presentan en este complejo sistema de opciones de atención que concursan en la actualidad. Los cuidados profanos estarían otorgados tanto en la forma de autocuidado/autoatención como en la forma de autoayuda, que aquí distinguimos con fines analíticos, mientras que los cuidados profesionales serían los prestados en la forma de Atención Médica Profesional y en lo que aquí llamamos atención alternativa. Debido a la extrema complejidad que asume la atención a la salud en las sociedades contemporáneas no constituyen modelos de atención mutuamente excluyentes, sino que admiten formas híbridas o intermedias.

Como pone de manifiesto la figura, el concepto de autocuidado/autoatención que interesa aquí definir resulta central para el funcionamiento de todas las formas de atención a la salud, en tanto que requieren de la colaboración y confianza de los usuarios para mantener la eficacia práctica y simbólica que implica todo proceso de curación. Todos los sistemas asistenciales y terapéuticos necesitan del concurso de las habilidades del autocuidado/autoatención, pero éste puede no requerir de ninguno. Representa la forma de atención a la salud que es estructural en todas las sociedades y que puede coexistir o no con otras opciones de atención (Menéndez, 1984a). Considerar que el autocuidado y la autoatención ocupan un lugar central en el sistema de atención a la salud es reconocer que cualquiera de los modelos aquí presentados necesita del individuo y del grupo doméstico para poder funcionar, no solamente porque es en este ámbito donde se

generan las decisiones pertinentes sobre el resto de opciones asistenciales a seguir, sino porque en éste se concretan las prácticas de salud, vengán estas prescritas por las diversas formas que asume la Atención Médica Profesional, las de atención alternativas o las que aquí llamamos de autoayuda.

Figura 1. El sistema de atención a la salud en las sociedades actuales



Fuente: Elaboración propia

Estas formas de atención aquí presentadas no se encuentran, sin embargo, en libre competencia, pues una de ellas, la que aquí llamamos atención médica profesional o Medicina a secas, históricamente ha tendido a subordinar al resto mediante la deslegitimización de las prácticas ajenas, motivo por el cual que ha sido conceptualizada por Eduardo L. Menéndez como tributaria del «modelo médico hegemónico».<sup>2</sup> Se basa en la atención que brindan los pro-

2. El *modelo médico hegemónico* es un concepto propuesto por Eduardo L. Menéndez, que hace referencia al sistema asistencial organizado por la medicina profesional

fesionales de la salud reconocidos por la comunidad científica y por el Estado, que han recibido formación en universidades y otras instituciones académicas que cuentan con sanción oficial. En el orbe occidental esto se encuentra principalmente referido a un paradigma hegemónico que es el de la biomedicina, si bien con ciertas excepciones.<sup>3</sup>

La Atención Médica Profesional constituye el núcleo de los sistemas convencionales de salud. Contiene formas individuales que ofrecen servicios personales y formas comunitarias en el formato de servicios de sanidad o de salud pública. Expresan el campo de trabajo al que pueden acceder los diferentes profesionales que conforman el personal de salud que ha sido preparado bajo el paradigma de la biomedicina, que es el de un saber que se decanta tanto de los saberes populares como de los diversos paradigmas religiosos y alternativos.<sup>4</sup> Incluye el ámbito de la seguridad social, muy variable con

o biomedicina y que incluye los submodelos de la práctica privada (individual o corporativa) y de la práctica pública. Como características estructurales destaca el énfasis en la eficacia pragmática, el biologicismo y asocialidad del modelo, su concepción evolucionista-positivista, el individualismo, la universalidad, ahistoricidad y reduccionismo, la falta estructural de prevención, la mercantilización y la descalificación del paciente como portador de saberes equivocados y una relación asimétrica médico-paciente, entre otras. Menéndez propone que además del modelo médico hegemónico existen otros dos modelos concurrentes: el modelo alternativo subordinado y el modelo de autoatención (Menéndez, 1984 y 1990a). Valga decir que la noción de modelo, que aquí compartimos, consiste en un instrumento teórico-conceptual aproximativo a una realidad empírica que es mucho más rica y compleja que lo que intenta representar.

3. Como las referidas al estatuto de la homeopatía y la terapia neural en Alemania o de la osteopatía en Estados Unidos, donde además recientemente se documenta cierto reconocimiento para otras prácticas alternativas que son remuneradas a través de sistemas de seguridad privados. Sin embargo, al menos en las sociedades occidentales (léase de tradición judeocristiana, más que geográficamente) la biomedicina continúa siendo el modelo dominante, como es de sobra conocido.

4. Para Arthur Kleinman (1995) lo que resulta específico de la biomedicina es el énfasis que pone en el paradigma científico (positivista) como método unitario de conocimiento de pretensiones universales y ortodoxas, intolerante con otros saberes de carácter holístico, vitalistas, plurales o dialécticos. Este paradigma parte de una concepción materialista-física de la realidad en la cual lo psicológico y lo social son epifenómenos que cubren la «verdadera» realidad. Se centra además en una oposición dual de carácter ontológico (normal/patológico, mente/cuerpo, masculino/femenino, fuerza/debilidad, ciencias «duras»/«blandas»), que se traduce en una visión unicausal y reduccionista de la patogénesis de los fenómenos sanitarios. Nosotros añadiremos una (falsa) neutralidad ética/ideológica, el rechazo del papel epistemológico de la subjetividad y las emociones, también una mirada que tiende a atomizar, homogenei-

respecto a su cobertura y prestaciones según su implementación en los diferentes países; el de la salud pública y asistencia social regentado por los estados; el campo de la medicina privada, en sus versiones de práctica individual y corporativa; también otras formas de atención mixtas, resultantes de la concertación de servicios privados que son pagados con fondos públicos. Comprende distintas formas de beneficencia: privadas, civiles y religiosas, que otorgan varios servicios, desde atención médica hasta campañas de prevención o erradicación de enfermedades; ciertos organismos internacionales con servicios personales o comunitarios organizados por profesionales médicos (Cruz Roja, Médicos sin Fronteras, Médicos del Mundo, etc.). Interesa señalar que en su definición intervienen no solamente las prácticas realizadas por los profesionales médicos, sino también las ejercidas por el personal paramédico y de apoyo administrativo.<sup>5</sup> Denota cubrir un campo de acciones que si bien son sanitarias no son necesariamente médicas, como la dotación de medicamentos, la asistencia nutricional y las actividades de enfermería o de otros profesionales paramédicos, que en ocasiones se ejercen al margen de la supervisión médica, en contubernio con las redes sociales informales.<sup>6</sup> La atención médica profesional comprende otras formas híbridas que se relacionan con lo que aquí consideramos autocuidado y autoatención, tal como sucede con los recursos que brindan a través de los medios de comunicación, diversas fuentes impresas (manua-

---

zar a los individuos y a apreciar la enfermedad de una forma ontológica y descontextualizada; es decir, que tiende a ignorar del legado hipocrático: no existen enfermedades, sino enfermos.

5. Los llamados «paramédicos» incluyen formalmente enfermeras, auxiliares, farmacéuticos, técnicos de laboratorio, nutricionistas, psicólogos, trabajadores sociales, promotores y técnicos diversos en tareas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación. La denominación de paramédicos expresa para nosotros tanto la labor de apoyo que realizan frente a las acciones médicas como su dependencia subordinada —no sin fricciones y resistencias— en la jerarquía organizada. Desde el lado administrativo los perfiles incluyen a estadísticos, archivistas, personal de oficina, de cocina y mantenimiento, chóferes y otros que generalmente se encuentran subordinados a otro sector involucrado que incluye a los directivos, administradores y políticos que ocupan posiciones superiores en la jerarquía desplazando a los médicos.

6. Hay que señalar que —al menos en el mundo latino—, los llamados «paramédicos» suelen realizar labores de diagnóstico, cuidado y prescripción terapéutica al margen de la mirada médica profesional. El prototipo de estos casos es el boticario o farmacéutico cuyas actividades no suelen ser consideradas dentro de los mecanismos formales de atención a la salud, pero que también realizan otros profesionales de la

les, recetarios, enciclopedias) y los sitios web que han proliferado en Internet. Otras formas intermedias de lo que aquí consideramos autoayuda estarían representadas por los grupos de apoyo para pacientes y otras experiencias de participación comunitaria que funcionan por iniciativa de profesionales.

La exclusión, deslegitimización o subordinación de las muy variadas formas de atención que asume el cuidado lego de la salud o el ejercido por las medicinas aquí llamadas alternativas, más que ser sistemáticas aluden a una relación ciertamente ambigua que la medicina mantiene con la gama de saberes y prácticas no convencionales que conforman paralelamente el marco asistencial en las sociedades actuales. La ambigüedad respecto de las otras formas de atención opera de manera selectiva y oportunista, pues mientras que la autoatención y la autoayuda son de modo intermitente reconocidas y en ocasiones incluso convocadas como formas complementarias de la atención médica profesional, comúnmente no suelen ser consideradas por los profesionales de la salud como decisivas en la resolución de los problemas sanitarios. Más bien sirven para culpabilizar a los usuarios de los servicios de no adherirse estrictamente a las prescripciones e introducir factores disruptores en el curso terapéutico. En el caso de las medicinas llamadas «alternativas» (también conocidas como «paralelas», «médecines douces» o las «otras medicinas») se expresa con frecuencia su deslegitimación y en algunos contextos incluso su prohibición y persecución bajo la denuncia de charlatanería. Aquí confluyen formas de muy variada factura histórica y filiación cultural, desde las «primitivas» y «tradicionales» indígenas, que incluyen diversas formas especializadas (como «adivinadores», «chamanes», «curanderos», «comadronas», «hueseros», «sobadores», «yerberos»), hasta diferentes corrientes terapéuticas ancestrales (como la medicina china, la islámica, la ayurvédica y la tibetana, que para algunos autores constituyen el auténtico campo de las medicinas tradicionales al poseer una tradición escrita y provenir por tanto de «sociedades con historia»), y otras mucho más moder-

---

salud no médicos fuera de sus horarios y ámbitos laborales. Según nuestras propias observaciones la aplicación informal de estos conocimientos se registra de forma mas evidente en los medios rural y suburbano entre sectores subalternos del tercer mundo.

nas, que incluyen por citar algunas: la aromoterapia, la homeopatía, la iridología, la kiniesología, el naturismo, la osteopatía, la quiropraxia, la sofrología, la reflexología, la terapia neural y muchas más tendencias y corrientes médicas alternativas denominadas de la «nueva era» (Eisenberg *et al.*, 1993).<sup>7</sup>

Según Eduardo L. Menéndez, estas medicinas pueden ser conceptualizadas como pertenecientes a un «modelo alternativo subordinado».<sup>8</sup> Aunque son tendencias muy variadas, comparten entre sí el hecho de ser consideradas «alternativas» respecto al modelo hegemónico, y son ejercidas casi exclusivamente a nivel privado por individuos o corporativos especializados, teniendo influencia en ciertas formas de atención a la salud basadas en la autoayuda y en el núcleo del autocuidado y la autoatención, ya que eventualmente éstas incorporan elementos de las formas alternativas. De la misma forma, las prácticas alternativas comparten un estatuto profesional ambiguo, pues en el interior de estas corrientes terapéuticas coexisten diversas formas de adscripción y trayectorias de formación que cuentan con el reconocimiento comunitario-social del carácter especializado de sus prácticas y, en ocasiones, del respaldo de un cuerpo colegiado de colegas o en algunos países del mismo Estado; sin embargo, en todo caso no se trata sino de un reconocimiento subordinado al de la medicina hegemónica, aunque no es extraño encontrar que practicantes de ésta, a nivel privado, incorporen nociones y estrategias del bagaje alternativo de forma complementaria, tal como

7. A pesar de su variedad algunos autores distinguen ciertas características de las prácticas alternativas que quizá sería abusivo intentar generalizar. Incluyen su adscripción a paradigmas más bien holísticos, fundamentados en una noción de equilibrio; un enfoque particularizado sobre el paciente con énfasis en la eficacia simbólica y no solamente pragmática; el carácter no necesariamente mercantil en su práctica, puesto que suelen aceptar pagos en especie o diferidos; también su relación con las cosmologías locales, de matriz más sociocultural que pretendidamente científica y con formas teleológicas de explicación de la enfermedad más que las propiamente causales. También comparten un carácter mitificador, autoritario y paternalista que supuestamente estaría menos presente en la práctica biomédica al menos como tendencia actual (Kleinman, 1995).

8. Las características del *modelo alternativo subordinado* para Menéndez son una concepción globalizadora de la enfermedad, tendencia pragmática, ahistoricidad, asimetría médico-paciente, subordinación del consumidor, legitimación comunal, racionalidad técnica y simbólica, y tendencias a la exclusión o recientemente a la mercantilización (Menéndez, 1984a).

sucede con la «medicina holística». Algunas excepciones al ejercicio privado de las formas alternativas se encuentran en la práctica ritual de terapéuticas de sanación, por ejemplo, las llamadas carismáticas, espiritualistas y de otros cultos, que representan formas intermedias entre el modelo de atención ofertado por profesionales alternativos y el modelo de autoayuda, compuesto por redes sociales formales de carácter no profesional.<sup>9</sup>

Como puede verse en la tabla 1, sin ánimo de ser exhaustiva, el complejo ámbito que constituye el cuidado lego ha sido referido directa o indirectamente mediante numerosas denominaciones, según los diversos autores que se han ocupado del tema. Más que la ausencia de un consenso teórico, la variedad conceptual con que se ha estudiado quizá refleja la variedad de aspectos que los cuidados profanos asumen según el contexto donde se verifican, con límites que tienden a ser algo difusos. Esto se traduce en que se encuentran referencias al cuidado lego de la salud con muy variada terminología, en el que se incluyen significados de acuerdo a la filiación cultural de estas prácticas («populares», «folks», «tradicionales», «rituales»), como a los recursos que en ellas concurren («sistema lego», «apoyo social», «cuidados informales», «automedicación», «autoayuda», «prácticas endógenas»), también en cuanto a los procesos implicados que conlleva la búsqueda de atención («procesos asistenciales», «sistemas de referencia», «modelos episódicos»). Por este motivo, los términos en los que se encuentran referencias a este profuso ámbito no pueden ser considerados ciertamente sinónimos, pero sí conceptos aproximativos, en tanto que todos aluden al campo de los cuidados que no son otorgados por profesionales sanitarios, tanto los procedentes de la medicina como de las formas alternativas.

9. Ciertamente las prácticas rituales plantean problemas para una clasificación sólida por su carácter más confesional que laico-civil. En este caso, el carácter profesional de algunas de estas prácticas no se encuentra presente, en tanto que en algunas no existe un rol de terapeuta identificado y es la misma situación la que posibilita la sanación, la cual puede estar mediatizada por personas o lugares que devienen en canales de manifestación de la divinidad, como sucede con el caso de los santuarios y la curación por «canalización» de energías a través de los médium.

Tabla 1. Diferentes términos referidos al cuidado lego de la salud

Apoyo social ( <i>Social support</i> )	Cob, 1976
Autoayuda ( <i>Self-help</i> )	Katz y Bender, 1976
Autocuidado ( <i>Self-care</i> )	Dean, 1989
Automedicación ( <i>Self-medication</i> )	Weil, 1965
Ayuda mutua ( <i>Mutual Aid</i> )	Kropotkin, 1902
Cuidado informal ( <i>Informal care</i> )	Haugh, 1990
Cultura popular de salud ( <i>Popular health culture</i> )	Polgar, 1962
Estrategias endógenas de atención a la salud	González, 1998
Etnomedicina	Ackerknecht, 1985
Folklore médico	Pitré, 1886
Medicina doméstica	Murphy, 1991
Medicina popular ritual	de Martino, 1961
Medicina popular	Black, 1883
Modelo médico basado en la autoatención	Menéndez, 1984
Procesos asistenciales	Comelles <i>et als</i> , 1982
Procesos en búsqueda de salud ( <i>Health seeking process</i> )	Chrisman, 1979
Sector popular	Kleinman, 1980
Sistema lego de atención ( <i>Health care lay system</i> )	Hatch y Kickbusch, 1983
Sistema lego de referencia ( <i>Lay referral system</i> )	Freidson, 1970
Sistema popular	De Roux, 1991

Fuente: Elaboración propia; véanse las referencias en la bibliografía.

En mi opinión, los términos de autocuidado, autoatención y autoayuda pueden ayudarnos a construir los conceptos necesarios para cubrir el espectro en que se brindan los cuidados profanos de la salud. Evidentemente, la sinonimia y la polisemia de los términos de atención, asistencia, ayuda, cuidado, protección y apoyo permanecen en la literatura sobre el tema, aunque existen propuestas de adscribir algunos de éstos a usos precisos. Así pues, según la mayoría de autores, debe distinguirse autocuidado de autoayuda, siendo esta última para algunos una variante de la primera (Dean, 1989); para otros, el concepto de autoatención incluiría a ambos (Menéndez, 1993). Por *autocuidado (self-care)* se entendería un primer nivel *real* de defini-

ción de la atención, que sería el ámbito natural de referencia de todo proceso asistencial; mientras que *autoayuda (self-help)*, sería un segundo nivel que rebasaría al ámbito doméstico para extenderse a las variadas redes sociales, desde la familia extensa y los grupos de amigos y vecinos hasta otras iniciativas mucho más organizadas.

Sin embargo, el término de autoayuda es igualmente empleado comúnmente en la literatura de forma diferenciada para referirse a iniciativas organizadas, que, aunque también operan entre iguales o similares en condiciones de reciprocidad y mutualidad, como sucede con los llamados grupos de ayuda mutua, representan instancias distintas a las informales, no solamente porque pueden considerarse «una trasposición de la tradicional ayuda doméstico-familiar» (Cannals, 1996), sino porque se encuentran institucionalizadas en un nivel formal prestando generalmente sus servicios fuera del ámbito doméstico y de los círculos de sociabilidad primaria. Constituyen formas de atención que son diferentes de las redes familiares y sociales informales, por lo que aquí consideramos que debe distinguirse este ámbito de los conceptos de autocuidado y autoatención. El término de autoayuda, pues, nos servirá para diferenciar esta dimensión del cuidado lego que es la referida a iniciativas que están expresamente organizadas para la atención de problemas sanitarios y que son genuinamente autogestionarias en tanto que ofrecen opciones de atención que complementan y compiten, pero que, sobre todo, tienden a cuestionar la oferta de la atención médica profesional.<sup>10</sup>

En cuanto al concepto de autocuidado, bien pudiera considerarse casi un sinónimo del término de autoatención, ya que ambos expresan prácticas endógenas de salud que son ejercidas de manera informal generalmente en el mismo domicilio; sin embargo, la existencia de estos dos términos bien puede servirnos para diferenciar el

10. El término de autogestión, como su nombre indica, tiene connotaciones de referencia interna al origen del grupo que se propone ejercer una experiencia de autoayuda. Implica un nivel que sobrepasa el concepto de ayuda en sus aspectos fácticos e ideológicos, apunta hacia las prácticas constitutivas necesarias para la organización interna de las experiencias de autoayuda, como también a las acciones necesarias para obtener reconocimiento externo de su existencia y en suma en el intento de control de las condiciones que generan el estado de salud. Un ejemplo de práctica de autogestión lo encontramos en las iniciativas de financiación de las empresas de ayuda y también en sus empeños como grupos de presión ante el sector político o la opinión pública.

ámbito difuso en que se concretan estas prácticas, que incluyen acciones centradas tanto en el individuo como en el grupo doméstico, pero que no son aisladas ni autónomas puesto que están inscritas en un marco sociocultural. De esta forma, resulta conveniente utilizar el término de autocuidado para denotar las prácticas centradas en aspectos preventivos o de promoción de la salud, que son generalmente cotidianos, y que suelen estar centradas en los individuos o el grupo doméstico; mientras que lo que consideramos casi su sinónimo, la autoatención de la salud, parece ser un término más propio para referirse a las prácticas relativas a los episodios de enfermedad o cualquier tipo de sufrimiento, que tienden a activar respuestas colectivas y, por lo tanto, servirá para ubicar las relaciones en que se inscriban estas prácticas, que abarcan tanto el propio grupo doméstico como las redes sociales.

Ciertos autores hablan de *redes sociales* (también apoyo o soporte sociales denominan sus aspectos funcionales) para referirse a instancias de la familia extensa, nexos de amistad y compadrazgo, compañeros de trabajo o estudio, grupos vecinales o de paisanos y otras formas comunitarias que brindan asistencia en caso de enfermedad o de cualquier causa de aflicción y que aquí proponemos incluir dentro del modelo de autoatención cuando no están expresamente organizadas para tal función y su activación se produce ocasionalmente, de modo característicamente espontáneo y anecdótico. Estas redes informales que se encuentran presentes en toda situación social son equivalentes de las definiciones que en psicología social han sido elaboradas para los grupos primarios o microgrupos: suelen ser más naturales que provocadas, su vínculo es primordialmente afectivo, su contacto directo, de acceso más bien cerrado y de organización informal (Munné, 1995). No necesariamente constituyen grupos explícitos, pues el concepto de red social personal que se desarrolla a partir de las relaciones que establece un individuo incluye relaciones diádicas y de agrupaciones efímeras que también proporcionan consejos y recursos; es el caso típico de las relaciones que se entablan en los comercios, los bares y las peluquerías, cuyo rol ha sido destacado como cuidadores informales en la resolución de problemas emocionales y reducción del estrés, denominándoles redes naturales de ayuda (Kelly, 1966). Para Gottlieb (1983), lo que diferencia a las redes sociales de los sistemas profesionales estriba en cinco aspectos funda-

mentales: su acceso suele ser no condicionado, ofrecen sus servicios en congruencia con las normas de la cultura local, tienen sus raíces en relaciones igualitarias sin fecha de caducidad, variabilidad y flexibilidad en la entrega de servicios y libertad e independencia de los costes económicos y psicológicos.

El término de redes sociales ha sido utilizado igualmente para referirse a instancias formales e institucionalizadas de corte civil y autogestionario que estarían identificadas como grupos secundarios o macrogrupos, de vínculo utilitario, contacto indirecto, acceso teóricamente mas abierto y organización formal. Dado que no se presentan estructuralmente en todos los contextos ni constituyen el núcleo de la atención en salud, estas redes formales representan un formato diferente del modelo de autocuidado/autoatención, por lo que preferimos adscribirlas al modelo de autoayuda, aunque comparten algunas características con las redes informales, como son el carácter recíproco y no lucrativo de sus prácticas y el constituir—generalmente— iniciativas netamente locales, que pueden ser dirigidas a colectivos particulares o asumir un enfoque comunitario. Lo que las diferencia de otras iniciativas asistenciales médicas, gubernamentales o de beneficencia religiosa y privada es su perfil, motivado por ideales de mutua solidaridad, no oficial ni dirigido por profesionales sanitarios u otras instituciones exógenas al grupo promotor de la experiencia. Este carácter puede llegar a ser identitario de acuerdo al contexto donde se presentan, como ocurre con las prácticas y saberes de la medicina popular.

Mientras que las redes informales integran el concepto de autoatención que definimos como estructural en toda sociedad, las iniciativas formales que denominamos de autoayuda (y que suelen ser referidas usualmente como de participación social en el ámbito de la salud) son generadas característicamente para responder a necesidades no cubiertas por los sistemas profesionales u oficiales de salud y asistencia social. Aunque en ocasiones puedan replicar la oferta de ciertos servicios, como sucede, por ejemplo, con colectivos de mujeres o clínicas comunitarias autogestionarias, la forma en que son ofertados suele diferenciarse de los servicios disponibles a nivel oficial o privado por su carácter antiautoritario y porque cumplen otras funciones de carácter personal y comunitario, como la necesidad de afiliación y de alcanzar experiencias de autoeficacia y aprendizaje so-

cial. A diferencia de las iniciativas gubernamentales y privadas (incluidos los dispositivos de beneficencia), no animan sus actividades desde intereses ajenos a los de los destinatarios, como serían el lucro, la legitimación política o simbólica del sistema social o su control y manipulación. Hay que señalar, sin embargo, que la distinción entre experiencias ciudadanas y gubernamentales o privadas puede resultar en la actualidad bastante problemática, en vista de la gran cantidad de iniciativas mixtas y formas híbridas de organización que coexisten en las sociedades contemporáneas. Algunos ejemplos serían organismos no gubernamentales que combinan personal voluntario y no profesional con profesionales a tiempo parcial o completo, también experiencias de participación comunitaria en salud que son animadas desde ámbitos médicos profesionales y después adquieren autonomía y dinámicas propias.

De esta manera, la red social de autoayuda constituye un dispositivo potencial que actúa de forma generalmente paralela, raramente coordinada con las acciones sanitarias gubernamentales. Comprende instancias tan diversas como Alcohólicos Anónimos y otros grupos de ayuda mutua que han proliferado en las últimas décadas casi para cualquier enfermedad, organismos no gubernamentales que tienen acciones en el campo de la salud, colectivos de mujeres, grupos ecologistas, organizaciones gays y lesbianas, uniones de consumidores, cooperativas, proyectos universitarios, comunidades terapéuticas no psiquiátricas y muchas otras asociaciones del voluntariado, todas ellas de carácter eminentemente civil y preferentemente no profesional en sus aspectos de atención a la salud, si bien pueden incluir membresías o asesorías de profesionales sanitarios. También caben aquí las experiencias de autogestión que adoptan la forma de movimientos sociales e inciden en la reformulación de las políticas sanitarias.

Hay que considerar que en el interior de estas iniciativas confluyen una multitud de intereses, desde aquellas propuestas de autoayuda que nacen como respuesta complementaria para la atención de enfermos crónicos y que no cuestionan el orden médico ni político, hasta aquellas que se plantean la activación de la autogestión desde una perspectiva crítica y contestataria, resistente a la totalidad del sistema social o a algunos de sus componentes estructurales e ideológicos. Sin embargo, no siempre constituyen un mundo aparte, demar-

cado del de los profesionales de la salud o de los políticos. Debido, por una parte, a la medicalización patente en varias de éstas y por la otra, por su instrumentación de parte del poder económico-político, que muestra una tendencia sistemática a desactivar, afiliar e incluso mercantilizar estas iniciativas, corrompiéndolas o desvirtuándolas. En buena medida esto se posibilita debido a la dependencia financiera de la mayoría de las propuestas para con los presupuestos gubernamentales o de fundaciones privadas, lo cual merma su autonomía. Más importante todavía, por la misma dificultad de mantener iniciativas de autogestión a largo plazo debido al desgaste derivado de su carácter de voluntariado, con dificultades financieras, escasa experiencia administrativa, problemas de la dinámica grupal e incluso de corrupción interna de intereses, además de otros factores que son endógenos, aunque sin duda relacionados con la competencia desigual que enfrentan como opciones subordinadas al poder hegemónico de la medicina y del Estado (Haro y Keijzer, 1998).

El cuidado lego de la salud si bien es tributario de la cultura popular, anteponiéndose a la noción de cultura hegemónica, no implica que sus únicas influencias provengan del campo de la medicina tradicional o popular, sino que incorpora también saberes y métodos de la medicina profesional a través del contacto que tiene la población con el personal sanitario. Cada vez es más importante, por cierto, el influjo que los medios de comunicación —tanto desde fuentes oficiales como privadas y comerciales—, ejercen en las conductas relacionadas con la salud: la prevención, el consumo, la opinión médica, la alimentación y muchos otros temas vinculados íntimamente con la cultura popular de salud, un concepto ciertamente muy dinámico y sintético, que tiende así mismo a incorporar elementos procedentes de las medicinas alternativas y que frecuentemente se encuentra preñado de nociones religiosas, en sincretismo con las biomédicas. De acuerdo con Seppilli (1983), la «medicina popular» que constituye el núcleo del autocuidado/autoatención, al menos en las sociedades mediterráneas y latinoamericanas, es un sedimento de formas culturales conductuales y organizativas para la defensa de la salud. Para Menéndez, representa una apropiación sintética de saberes de diferente origen y extracción, que reformula sus prácticas de atención a la enfermedad a través de relaciones directas e indirectas establecidas con la práctica médica (Menéndez, 1984a).

Estas estrategias pueden considerarse «endógenas» por ser formas de respuesta que los conjuntos sociales generan y desarrollan a partir de su propio caudal de representaciones, conocimientos y prácticas, considerados como recursos propios para el cuidado de la salud, situados al margen de los sistemas especializados. Por lo tanto, constituyen un capital social y cultural que funciona como un dispositivo de protección social, pues tienen como soporte un sistema relacional de sostén recíproco que a su vez se apoya en una síntesis de saberes que es nutrida en forma característica de manera ecléctica y plural (González, 1998). Este sistema de sostén puede cumplir funciones de referencia para las prácticas domésticas de cuidar y curar, otorgar elementos de diagnóstico o adivinación, ofrecer criterios terapéuticos y de pronóstico, e incluso pautas de reintegración como corresponde al ejercicio de rituales populares de sanación (de Martino, 1961; Pedersen, 1988).

Por lo tanto, hay que considerar que el cuidado lego no constituye una categoría de funciones y actividades fijas, sino que está mediado por una cultura popular de carácter eminentemente pragmático, que se adecua a cada episodio y que incluye los recursos pertinentes y accesibles para la satisfacción de ciertas necesidades que no son cubiertas por los ámbitos profesionales de la salud, tanto los referidos a la medicina hegemónica como a las formas alternativas. De hecho, todo proceso asistencial constituye un itinerario particular que se construye en torno a los recursos intelectuales, sociales, institucionales y culturales de los microgrupos. Así pues, resulta de utilidad en la revisión de estos itinerarios terapéuticos distinguir entre los procesos asistenciales individuales y domésticos, las redes sociales vinculadas y, finalmente, los dispositivos institucionales, donde quedarían ubicados los servicios de la medicina profesionalizada y las medicinas alternativas. A diferencia de la medicina que limita su visión a los procesos de *atención* en caso de enfermedad, el concepto de *asistencia* permitiría ampliar el campo de consideración desde las ciencias sociales, al incluir toda causa de aflicción o sufrimiento social y no solamente la enfermedad orgánica (Comelles, 1997).<sup>11</sup> Hay que ad-

11. Comelles señala la conveniencia de distinguir entre *procesos, complejos y dispositivos* asistenciales. Los primeros serían los pasos equivalentes a la carrera del enfermo mientras que los segundos corresponderían al «...conjunto en que operan representaciones sociales y culturales, transacciones entre grupos, procesos de mediación social o intelectual, prácticas que traducen la influencia sobre los grupos de instancias

vertir, no obstante, que preferir el término de asistencia al de atención implica referirse coloquialmente a dimensiones no estrictamente sanitarias en un sentido biologicista, aunque sí relacionadas con la salud, como serían la dotación de alimentos y enseres domésticos, ayudas económicas, apoyo psicológico, suministro de albergue y de vestido y otras muchas prestaciones del amplio repertorio de servicios que se brindan en el epígrafe de lo social. En todo caso, configura un campo más amplio que el término de atención, que permanece como sinónimo, ya que la salud es un ámbito de límites difusos.

En conclusión, podemos resumir este apartado de las definiciones diciendo que el cuidado lego son todas aquellas actividades sanitarias y asistenciales que no son efectuadas por profesionales de la salud y por lo tanto, que se diferencian tanto de la atención médica profesional como de las formas alternativas. Comprende un nivel de autocuidado, referido al individuo y a sus prácticas domésticas cotidianas de promoción de la salud, para diferenciarlo de la autoatención, que implica las conductas activadas en caso de ruptura del bienestar; aunque ocurren típicamente a nivel doméstico están siempre mediadas por el influjo sociocultural y activan generalmente el curso de diversas redes sociales informales, ya que la dinámica de lo doméstico especialmente en lo relativo a la salud no es precisamente un coto cerrado. Autoayuda sería otro ámbito de definición diferenciado de las redes sociales difusas para referirse a iniciativas civiles organizadas en las que rige un carácter autogestionario, institucionalizado al margen de los organismos médicos profesionales y gubernamentales. Más que proponer un esquema de definiciones exclusivas y discretas aquí se alude a conceptos flexibles que admiten formas híbridas o intermedias para intentar conciliar los usos más frecuentes documentados en la literatura sobre el tema, pero también para expresar la forma en que estas prácticas se encuentran imbricadas e interrelacionadas dentro del complejo asistencial de las sociedades actuales.

macrosociales, y la forma en que los actores sociales incorporan las experiencias subjetivas»; los dispositivos asistenciales, como su nombre indica, serían las instituciones correspondientes, médicas o no (Comelles, 1997, p. 34).

### Antecedentes: cuidado lego y profesión médica, contubernios y desavenencias

Considerando que los procesos de autoatención y autoayuda que componen el cuidado lego anteceden y acompañan paralelamente al fenómeno de institucionalización y profesionalización de la medicina, hay que preguntarse cuándo y por qué se produce la exclusión y descalificación de los saberes y prácticas populares en materia sanitaria, como también de las diferentes formas de atención que hoy consideramos alternativas; sin embargo, si partimos de que la autoatención a la salud es un hecho estructural y universal, más bien habría que invertir la pregunta para inquirir cuándo y por qué se forjan dispositivos institucionales para la atención sanitaria; por qué han tendido a medicalizarse no sin resistencias, mediante una lucha continua con otras visiones. Si este proceso ha sido producto únicamente de la racionalización o la secularización características del mundo moderno o si obedece a otros factores históricos concomitantes a la profesionalización de la medicina. Analizar este proceso desde la óptica de su hegemonización puede llevarnos a explicar por qué las prácticas de autoatención y autoayuda constituyen hoy por hoy una dimensión ambigua para la práctica médica.

Quizá debamos comenzar diciendo que los procesos y complejos asistenciales conjugan no solamente elementos técnicos, sino además culturales y morales, que definen las formas que adoptan las prácticas de atención. Implican todo un universo de derechos y obligaciones sociales que se desprenden del hecho de prestar ayuda a quien la necesite para poder a la vez ser objeto de auxilio en casos pertinentes en un marco de reciprocidad, en el que se fundamenta la idea misma de vivir en sociedad. De hecho, la solidaridad puede considerarse un imperativo de la supervivencia de la especie humana a partir de que la reciprocidad es un correlato universal de la misma interacción social (Gouldner, 1979). Sin embargo, en el caso de la atención a la salud encontramos que se ha configurado históricamente como una forma asimétrica de prestación de servicios, a partir del hecho básico de que el conocimiento engendra poder y que la dominación es otra constante que se registra universalmente como producto de la misma interacción social.

En el ámbito de la salud esto es particularmente evidente debido

a que el sufrimiento por enfermedad implica generalmente una angustia vital ante un desenlace que suele ser desconocido, de lo que se deriva un uso del conocimiento médico que va mucho más allá del restablecimiento en caso de enfermedad para incidir en el control de la población y la legitimación del poder económico y político. La asociación de roles terapéuticos con formas de dominación política bien pudiera tener su origen en la aparición de la figura del chamán en las sociedades ancestrales, debido a que su relación privilegiada con el mundo sobrenatural inaugura un campo de diferenciación dentro de los colectivos humanos, sujeto de posiciones de poder y de la captación de excedentes económicos. Emerge con este rol un carácter estructural de toda sociedad que consiste en asignar el papel de especialista en terapéutica a ciertos individuos que actúan como mediadores entre lo desconocido que causa la enfermedad y los propios enfermos, aliviando la ansiedad de los individuos y los colectivos frente a lo ignoto.

En todo caso, la salud de la población guarda una estrecha relación con la evolución de la civilización y el Estado, ya que desde tiempos inmemoriales una de las funciones primordiales del poder político ha sido precisamente la organización de la atención a la salud, hecho que se registra en sociedades antiguas como la egipcia, la hindú y la china dentro de un modelo jerárquico destinado a proteger el bienestar de las elites gobernantes (Porter, 1999). En ese momento ni el papel del terapeuta se diferenciaba del sacerdote, ni la religión estaba siempre separada del poder político. Medicina, religión y gobierno se encuentran amalgamadas de diversos modos, sin excluir la fusión de prácticas terapéuticas individuales con normas de salud colectiva, como sucedía en los tiempos bíblicos con respecto a las nociones de pureza y contagio. No puede hablarse tampoco de un desarrollo lineal en el proceso de secularización y diferenciación del rol del médico, pues, mientras que en la antigua civilización griega y en el Imperio romano la medicina era laica y de carácter naturalista de acuerdo con los criterios hipocráticos, en otros contextos tenía un carácter netamente religioso, aunque incorporaba elementos empíricos, como sucedía en sociedades tan distantes en la geografía y en la historia como el Imperio maya, el inca o el azteca e incluso en Occidente, donde se produjeron retrocesos históricos hacia concepciones de la enfermedad y la terapéutica basadas fundamentalmente en un en-

foque sobrenatural, tal como sucedía en la Edad Media. A pesar de que la práctica terapéutica en todo el período clásico era individual, no hay que soslayar el hecho de que varias ciudades de la Antigüedad ofrecían servicios públicos de sanidad: dotación de agua potable, baños públicos, drenaje y disposición de desechos, como se registra especialmente en el Imperio romano desde antes de nuestra era, donde también se establecieron las primeras enfermerías y hospitales militares.

Debido a la influencia religiosa del cristianismo primitivo el modelo de atención que se configuró en la Antigüedad tardía, hasta épocas relativamente muy recientes, no conllevaba incipientemente intenciones curativas, sino solamente paliativas, puesto que en este paradigma religioso la enfermedad surge como consecuencia del pecado o la transgresión de normas o acaso como un designio divino destinado a probar la fe (Gracia, 1980; Prat, 1984). A diferencia de la medicina técnica griega, el cristianismo primitivo enfatizó la curación como acto de caridad, la creencia en el milagro, el culto a los santos, las apariciones, los talismanes y el apego a las reliquias. Mientras que en la polis griega emergió un razonamiento naturalista que permitió la aparición de la figura del médico público en las ciudades, a veces incluso de forma gratuita, en el Occidente cristiano asistimos en cambio a la institucionalización de los santuarios y a una difícil relación del poder religioso con el saber médico que habría de continuar hasta tiempos recientes (Bartoli, 1985; Comelles, 1993).

De esta forma, en Oriente el primer hospital cristiano del que se tiene noticia fue fundado en el siglo IV de nuestra era por el obispo Basilio de Nicea, para atender a los numerosos emigrantes y peregrinos que no tenían quien pudiera hacerse cargo de ellos en caso de enfermedad. Juliano el Apóstata y luego Justiniano, en el siglo VI, imprimieron un sesgo fundamental a la figura del hospital al politizar la atención a la salud como un elemento de legitimidad y de control. Sus edictos convirtieron los hospitales en recursos al amparo del Estado recuperando su control de manos de la Iglesia y poniéndolos al servicio de la legitimidad política, constituyéndose no solamente en sistemas de protección a los pobres, sino igualmente de seguridad social, al mitigar las causas de rebelión. En Occidente, la red asistencial hospitalaria no lograría consolidarse sino en la Edad Media. En todo

caso, hay que señalar que los hospitales de la época estaban orientados especialmente a socorrer a los pobres y cuidar a los enfermos sin demasiadas pretensiones terapéuticas, pues la resolución se dejaba a los designios divinos, de ahí su imbricación con otras funciones distintas de la curación, como las de los hospicios y las casas de pobres, destinadas a proteger a los demás del peligro que entrañaban los moribundos, los huérfanos y los miserables (Foucault, 1978; Comelles, 1993).

Para Robert Castel (1997), este proceso de politización de la atención no puede entenderse sin relacionarlo con los cambios sufridos en la sociedad feudal del Occidente cristiano medieval hasta antes del primer milenio, cuando por efectos de la pérdida del vasallaje y de las guerras desaparecieron los «mecanismos de sociabilidad primaria», como efecto de la desafiliación de grandes masas de la población de la tutela de los señoríos feudales. En este contexto de migraciones y resurgimiento de núcleos urbanos surgió la necesidad de instrumentar «regulaciones de sociabilidad secundaria» que implicaban prácticas especializadas de asistencia a los necesitados, como asilos, orfanatos y hospitales, ya que la atención a los poderosos por parte de los médicos no necesitaba de estos dispositivos pues se realizaba en sus mismos domicilios. Por decirlo de forma esquemática, la gestión asistencial pública se construye en la medida en que en la sociedad feudal surge un proceso de desinstitucionalización de relaciones seculares y un retorno a la hegemonía de prácticas de autocuidado y autoayuda, haciendo proclive su desestabilización por las numerosas rebeliones populares que comienzan entonces a generalizarse bajo la influencia del crecimiento demográfico y la consiguiente miseria.

La enseñanza médica en el Occidente Latino comenzó en la Alta Edad Media y se generalizó en Europa con el desarrollo urbano y la creación de las universidades, sin olvidar el papel desempeñado por la cultura islámica en el resguardo del antiguo saber médico mediterráneo, gracias a las traducciones árabes (Sendrail, 1980). Paralelamente, desde el siglo XIII la gestión de la asistencia a los pobres dejó de ser monopolio de la Iglesia para ser organizada por los poderes locales de las ciudades, que organizaron la caridad con la colaboración de todas las instancias que compartían la responsabilidad del «buen gobierno». El azote de la peste negra en el XIV activó a su vez el des-

pliegue de recursos asistenciales, aunque muy limitados para contener el avance de la epidemia, que logró diezmar a la tercera parte de la población europea. En todo caso, significó la desconversión decisiva de la sociedad feudal y la emergencia de un nuevo tipo de administración política. Vaticinó un papel creciente para la intervención del Estado en materia de sanidad pública con la prescripción de las cuarentenas y otras medidas sanitarias implementadas especialmente en las ciudades, siendo las italianas las pioneras en establecer lazareto y otras medidas, cordones sanitarios, licencias de tránsito y comercio, y formas de notificación de la morbilidad y mortalidad.

El fisco y las hambrunas a mediados del siglo XVI produjeron importantes transformaciones en los dispositivos asistenciales, por la brusca movilidad de grandes masas de la población sin trabajo y la voluntad política de prohibirla, condicionando la asistencia médica y social a los pobres de las localidades y preconizando el trabajo obligatorio, tal como sucedió en Inglaterra con la aparición de la primera *Poor Law* en 1601, cuyo ejemplo fue adoptado en otras ciudades europeas (de Swaan, 1988; Castel, 1997).

A partir del siglo XVII el tema de la salud entró en la agenda política para formar parte del contrato social, constituyendo uno de los derechos adicionados al concepto de ciudadanía elaborado en el marco de las revoluciones francesa y americana (Rosen, 1974). Nociones como la salud nacional y su relación con los intereses mercantiles y productivos se formularon en este período, a la par que comenzaban a desarrollarse métodos de cuantificación de la población y de sus condiciones de vida («matemáticas sociales», tablas de mortalidad). Según Bittner (1968), en este período de dilatados cambios el vacío dejado por la religión es sustituido por la jurisprudencia, que no pudo sostener sus pretensiones de verdad debido al derrumbe de regímenes políticos fundados en la omnipotencia de la autoridad. El ascenso de la nueva clase dominante, burguesa y liberal, requirió de otro tipo de criterios para mantener el orden social y fueron encontrados en el campo científico de la medicina.

La medicina mostró interés por divulgar sus saberes y desde el siglo XVI se registra la aparición en Europa de manuales de divulgación médica en lenguas vernáculas. Incluían consejos médicos para la autoatención al modo de las recetas culinarias y asumían que las poblaciones ejercían varias prácticas con respecto a su salud y que no

tendrían que ir necesariamente a los profesionales. No estaban planteados para aculturar sino para incorporar prácticas, lo cual no dejaba de ser una ambivalencia. La medicina se interesó asimismo por la erradicación de los saberes populares aunque durante varios siglos nutrió sus vademécums de remedios tradicionales. Paralelamente, se inició una tradición que ha sido continuada hasta nuestros días: la elaboración de «topografías» o «monografías» que al modo de los estudios de comunidad antropológicos evidenciaban la influencia del entorno ambiental y social en el pronóstico de las enfermedades (Perdiguer, 1991; Martínez y Comelles, 1994).

Desde el siglo XVIII, en el contexto de la secularización y el desarrollo de la teoría política ilustrada, muchos filósofos y pensadores científicos atacaron lo que consideraban supersticiones del vulgo, muchas de ellas de carácter religioso, que entraban en contradicción con la medicina institucionalizada. El desarrollo del folklore médico como disciplina que recogía errores y súpercherías a la vez que clasificaba creencias, hechizos, encantos y charlatanerías, contó con la ayuda de la naciente etnografía en los rótulos de «Creencias y costumbres» o «Magia y religión». Lo doméstico fue considerado por la medicina como una supervivencia de un pasado que era preciso abolir, un identificador arqueológico frente al cual el saber médico construía sus límites, alejándose cada vez más de la mezcla de naturalismo con supersticiones que constituía el núcleo de la medicina popular y adentrándose en la búsqueda de etiologías específicas reducidas a causas únicas de enfermedad.

Con respecto al cuidado lego se pueden establecer dos etapas. En la primera, no se cuestionaron e incluso se incorporaron saberes populares a la medicina y a la farmacia, en un proceso no lineal ni exento de contradicciones y de indecisiones, en el que un remedio podía pasar de pronto a ser considerado un medicamento. Fue un momento en que el modelo profesional aún no sería capaz de resolver técnicamente los problemas de salud de una población escasamente secularizada. En la segunda etapa, los saberes populares fueron designados ya como *no saberes* y pasaban a ser categorizados como *supersticiones* que amenazaban tanto a la naciente hegemonía de la medicina como a la Iglesia (Schmitt, 1988; Comelles, 1996).

Según Michel Foucault (1974), con el capitalismo no se pasó de una medicina colectiva a una medicina privada; todo lo contrario, en

este período el capitalismo socializó un primer objeto que fue el cuerpo, en función de la fuerza productiva del mundo laboral. Según este autor, las intervenciones médicas logran dejar una impronta en el devenir humano al abandonar el carácter eminentemente individualista de la práctica médica anterior y adquirir dimensiones sociales.<sup>12</sup> Esto sucede fundamentalmente con el desarrollo de intervenciones en la vida pública bajo el amparo y la directriz de profesionales médicos, quienes a partir de entonces adquieren el perfil de jueces para incidir en áreas que antes estaban fuera de la competencia médica, como la sexualidad, la puericultura, los delitos punibles, la normalidad mental, la aptitud laboral, la higiene personal e incluso el urbanismo.

La hegemonía médica se produjo en un momento en que se vivían agudamente los efectos de las crisis urbana y social derivadas del industrialismo, con sus consecuencias adversas: hacinamiento en las sucias ciudades, numerosas revueltas populares y aparición de epidemias de tifo y cólera en varios países, especialmente en Europa. Así, el desarrollo de propuestas como la «policía médica» surgió en el siglo XVIII en Alemania, y en el siguiente siglo la «medicina urbana» en Francia, la «medicina social» en Inglaterra y la «salud pública» en Estados Unidos (Rosen, 1985). Su objetivo era la inspección de las condiciones sanitarias, la aplicación de medidas de higiene pública y la educación de las masas para la regulación de su conducta. Aunque estas propuestas aparecieron en contextos políticos y culturales muy distintos compartían los intereses eugenésicos de lograr una población saludable como patrimonio de la nación, ejes que son propuestos tanto desde ideologías liberales como marxistas.

La aparición de regímenes de seguridad social en sustitución de las sociedades mutualistas en Europa y América constituye un hecho fundamental en la consolidación de la profesión médica y en el papel del Estado como garante de la salud de la población (si bien en Estados Unidos este papel aparece asociado a la presencia de sistemas de seguros médicos privados y a la enorme influencia de la American

12. Michel Foucault señala cuatro grandes procesos a través de los cuales la práctica médica deviene «social»: 1) aparición de la autoridad médica, con poder de decisión en materia social y política; 2) apertura de un campo de intervención distinto de la curación de enfermedades: la sanidad; 3) desarrollo del dispositivo hospitalario como aparato de medicalización colectiva; y 4) introducción de mecanismos de administración y control médicos (Foucault, 1974).

Medical Association, opuesta a la instauración de un sistema nacional de salud). El proceso se inició cuando Bismarck, en 1883, sentó el precedente de la seguridad social en Alemania, mientras que la revolución bolchevique de 1917 y el ascenso del nacionalsocialismo en la década de 1930 serían los acicates para la expansión y consolidación de los regímenes nacionales de la seguridad social a mediados del siglo XX.<sup>13</sup> Si bien la amenaza del conflicto de clases no explica la generalización de la seguridad social en contextos distintos de industrialización y cultura política, en todo caso, denota la necesidad de la creación del Estado del bienestar que contribuiría notablemente a redefinir el significado político de la ciudadanía y de lo que constituye el contrato social de la salud (Porter, 1999).

Entre 1880 y 1920 se produjo en Estados Unidos la implantación de un modelo médico con el fin de excluir otros saberes distintos del saber alópata, único garante de cientificidad para la estandarización del modelo de atención y para la formación universitaria de los profesionales. Aunque este proceso culminaría posteriormente en la mayoría de países de Europa y América Latina a lo largo del siglo XX, en ninguna parte como en Estados Unidos tendría la profesión médica un poder de tal magnitud, ejerciendo el monopolio casi absoluto de la práctica legal, controlando la automedicación y prohibiendo la venta de la mayoría de fármacos sin receta médica, con la aprobación en 1906 de la *Food and Pure Drugs Act*. La consolidación definitiva vendría después del informe Flexner en 1910, a partir del cual la medicina basada en la semiología y la clínica se orientó hacia una ciencia experimental centrada cada vez más en el laboratorio y los medios técnicos de diagnóstico (Starr, 1982). La «era microbiana» que surgió con el descubrimiento en cadena de agentes infecciosos específicos consolidó el modelo en la década de 1930 con la síntesis de antibióticos, de tal modo que el medicamento adquirió el protagonismo de la terapéutica médica desplazando al re-

13. Resulta pertinente señalar que los diferentes regímenes de seguridad social existentes en Europa y en el continente americano contemplan de forma muy diversa seguros sobre incapacidad laboral, jubilación, asistencia médica y desempleo, además de subsidios familiares y otras prestaciones. La heterogeneidad de formas adoptadas, algunas de ellas universales y otras condicionadas, voluntarias y obligatorias, ha llevado a algunos autores a distinguir versiones liberales, estatistas-corporativistas y reformadas que ha asumido el Estado del bienestar en las democracias occidentales (Porter, 1999).

medio casero. En todo este tiempo se asistió a un doble proceso: el de la hegemonización de la medicina profesional y el de la descalificación de todos los demás saberes médicos, considerados como supercherías y charlatanerías.<sup>14</sup> La hegemonía de la medicina, conocida también como «medicalización», se pondría de manifiesto en la progresiva intervención de los profesionales médicos en varias áreas de la vida social que anteriormente no estaban categorizadas como patológicas ni eran objeto de intervención. La influencia de la medicina rebasó el ámbito de los hospitales, creó los centros de atención primaria y se impuso después en el ámbito doméstico, en los puestos de trabajo, en el deporte y en la escuela, en el ejército. Se erigió progresivamente en el único juez autorizado para determinar la salud o la normalidad, el derecho a la vida o a la muerte, la capacidad funcional de los individuos.

La larga trayectoria del proceso de hegemonización de la medicina se ha explicado a partir de la defensa de los intereses, inicialmente de carácter gremial y profesional por parte de los médicos y, posteriormente, de la industria farmacéutica y médico-sanitaria. Aunque en el presente siglo se testimonia una relativa pérdida del poder del sector médico en manos de sus administradores, según ciertos autores, como Eliot Freidson (1978) o Talcott Parsons (1984), la medicina extendería su dominio de acuerdo con las dinámicas propias de la necesaria autonomía y profesionalización de los médicos, como un desenlace propio del proceso de diferenciación característico de las sociedades modernas. Para otros, como Iván Illich (1981), formaría parte de un proceso más amplio de burocratización de la sociedad, acorde con la industrialización y la necesidad del sistema social de crear ciudadanos dependientes, progresivamente expropiados de su autonomía en varias áreas de la vida. En cambio, en opinión de Foucault (1974), la medicalización expresaría profundos cambios sociales tendentes al control de la disidencia y a la creación de técnicas disciplinarias y de vigilancia sobre el cuerpo y la mente, dentro de un amplio proceso de racionalización y ejercicio del poder que no sería exclusivamente vertical y jerárquico sino, que impregnaría todo el

14. Es interesante denotar que para Isabelle Stengers (1999) la demarcación de la figura del charlatán resulta central en la aparición de la medicina como profesión y precede con varios siglos de antelación a su conformación como ciencia racional y moderna.

entramado social, de acuerdo con lo que denomina la «microfísica del poder» (Foucault, 1976).

Otros autores de inspiración marxista, como Waitzkin (1983) y Navarro (1998) entre otros, niegan que la medicalización sea producto de un ejercicio exclusivo del poder corporativo y proponen que este dominio estaría al servicio de los intereses económicos y políticos del sistema capitalista en su conjunto, en un marco coercitivo en el que la medicina constituye un «aparato ideológico» y no solamente técnico, al servicio de las clases dominantes. Para Abram de Swaan (1988), la profesión médica debe su posición actual a la lucha que sostuvo para establecerse y a tres procesos relacionados entre sí: la transformación de los hospitales de albergues a instituciones destinadas a la terapéutica y a la formación del gremio, la creación de servicios de sanidad pública y la aparición de un gran mercado para los servicios médicos con el surtimiento de los regímenes de la seguridad social, la asistencia social y los seguros médicos privados. Evidentemente, aunque todos estos factores están presentes en la explicación del proceso de hegemonía médica, no hay que olvidar el papel que desempeñó por la eficacia técnica y simbólica del modelo. Una eficacia que busca soluciones rápidas, potenciadas por el uso de avanzadas tecnologías, la utilización de estrategias publicitarias masivas y el respaldo del poder político; que tiende a callar las voces disidentes y a ocultar las consecuencias iatrogénicas que genera su práctica.

Respecto a las prácticas autogestionarias que constituyen la noción de autoayuda en salud, es posible quizá ubicar la emergencia de formas solidarias de ayuda mutua entre individuos y colectivos sociales desde tiempos ancestrales, ante la imposibilidad de las familias de hacer frente a todas las necesidades en tiempos de epidemias, guerras y hambrunas (Kropotkin, 1902). Si bien la Iglesia y el Estado elaboraron diferentes propuestas, las diversas iniciativas de autoayuda han sobrevivido de manera permanente o intermitente frente a los dispositivos oficiales de asistencia, que no han tenido una cobertura universal ni exhaustiva de las necesidades colectivas, ni siquiera en coyunturas específicas. A este respecto, se documentan numerosas iniciativas de autogestión ya desde la Edad Media, antecedentes de los sistemas modernos de seguridad y asistencia social: las gremiales, las sociedades mutualistas, los sindicatos, las Sociedades de Amigos, las cooperativas de consumo y otras instituciones exclu-

sivas y de alcance limitado a nivel territorial y de acceso a servicios, que recaudaban fondos de ahorro para el pago de servicios médicos profesionales en caso de enfermedades graves, y que tuvieron que afrontar las migraciones industriales y el incremento progresivo de los costos de la atención médica.

Sin embargo, en las etapas modernas se registra un resurgimiento de prácticas autogestionarias de autoayuda, aunque no siempre dirigidas exclusivamente a la atención de la salud, sino también a otras necesidades de asistencia social no satisfechas por el Estado o la beneficencia y que suelen ser contestatarias del orden político o profesional. Recogiendo propuestas del anarquismo, el socialismo utópico, el marxismo, el populismo ruso, el cooperativismo, el mutualismo, el participacionismo socialdemócrata y el consejismo, entraron en conflicto tanto en los países capitalistas como en los socialistas con el orden estatal, en plena expansión del seguro médico público y bajo el imperativo de la productividad, erradicando toda posibilidad de autonomía y burocratizando los dispositivos asistenciales para mejor control de la población (Menéndez, 1984b). No fue hasta la década de 1920 cuando se hizo patente el interés académico en los «pequeños grupos», subrayando la importancia de la organización informal en el medio laboral y en las comunidades urbanas y rurales cuyas necesidades sociales y sanitarias no eran resueltas por los sistemas convencionales, como, por ejemplo, el alcoholismo y la fundación de Alcohólicos Anónimos en 1935. A mediados de siglo se documenta un interés gubernamental y privado por los mecanismos de autoayuda y participación social, patente inicialmente en algunos programas sanitarios y de desarrollo patrocinados por fundaciones, programas universitarios y organismos internacionales, como la «Ayuda para el Desarrollo» y los «Cuerpos de Paz» norteamericanos. A partir de 1978, en el contexto de la Conferencia Internacional de Atención Primaria a la Salud organizada por la Organización Mundial de la Salud y UNICEF, la intervención de la sociedad se ha considerado decisiva en la implementación de la estrategia de atención primaria y posteriormente, en la constitución de los «sistemas locales de salud», convirtiéndose en un imperativo de los programas de reforma del sector sanitario a nivel internacional e iniciándose la discusión en torno a la necesidad de reconocer e incorporar los contenidos de la medicina tradicional y popular.

Aunque la reciprocidad implica ayuda mutua cuando opera entre iguales o equivalentes, como sucede en las sociedades primitivas, no debe soslayarse la existencia de mecanismos de reciprocidad verticales y asimétricos que implican la dominación y explotación de los subordinados. Tal como sucede con las prácticas cristianas de la caridad y la beneficencia, antecesoras del filantropismo y de las fundaciones modernas. Es precisamente en las sociedades estratificadas, donde la autogestión en salud emergería conscientemente, tanto como una forma de respuesta colectiva a las necesidades no satisfechas de atención a la salud, como también de resistencia al poder mediante el desarrollo de la autonomía. En el caso de sectores subalternos urbanos y rurales, sobre todo indígenas, la autoayuda asumiría además funciones de cohesión e identidad grupal al relacionarse con las respectivas formas de vida. Aunque estas experiencias han fracasado permanentemente en el proceso de búsqueda de autonomía con respecto al poder sistémico, puede decirse que su importancia radica en que deben ser observadas no tanto como resultados sino como procesos de los que pueden extraerse importantes lecciones. De hecho, han fundamentado la existencia de los actuales grupos de autoayuda, organismos no gubernamentales y otras muchas iniciativas autogestionarias en el campo de la salud.

Los argumentos para sostener que los destinatarios de los servicios deben involucrarse en los programas de salud son varios y resulta valioso revisarlos a la luz de las analogías con el tema del cuidado lego y sus actuales perspectivas. En los programas oficiales nacionales e internacionales de los años ochenta puede leerse que los niveles de salud de la población tienden a incrementarse al otorgar a los colectivos autonomía, educación y recursos. Asimismo, se insiste en que con la participación se desarrolla la autosuficiencia de la comunidad, que ayuda a identificar de forma más precisa las necesidades y prioridades de atención, que abarata los costos de los servicios, facilita e incrementa la cobertura y utilización, a la vez que estimula otras iniciativas de desarrollo; compromete a los participantes, favorece la integración del conocimiento y la experiencia autóctonos, fomenta el entendimiento mutuo de la comunidad con el personal de salud y a la vez la libera de la dependencia de los profesionales. Finalmente, se menciona que la participación tiene un valor intrínseco para la integración social de las mismas comunidades (Martin, 1983).

En un sentido inverso, también se han señalado las limitaciones y los riesgos potenciales de la participación comunitaria en el ámbito de la salud: el relevo de la responsabilidad gubernamental, la amenaza a las autoridades políticas, el fomento de apoyo a las elites locales y la desilusión de los miembros de la comunidad cuando se presenta el fracaso. Por otra parte, la participación comunitaria ha sido utilizada de varias formas: como vehículo para la introducción de los valores de la sociedad de consumo, un eufemismo para obtener trabajo gratis de las comunidades, como mecanismo de control y captación de líderes afines a las instituciones gubernamentales o privadas y como la forma de legitimar atención médica de baja calidad en nombre de la propuesta de atención primaria. La propuesta de habilitar, promover o fortalecer los recursos para la autoatención en sociedades estratificadas muy desiguales puede hacer muy poco por la salud y por mejorar la distribución de sus fuentes en una sociedad, y constituye una política funcional acorde con los intereses del Estado neoliberal, que subvierte desde su origen el problema de que los riesgos de salud se determinan desde las condiciones de vida (Ugalde, 1985). Hay que señalar que, pese al interés discursivo, manifiesto en los programas de salud tanto en los países desarrollados como en los subdesarrollados, la participación comunitaria en salud no ha trascendido significativamente a la realidad cotidiana, documentándose solamente algunas experiencias aisladas. A la par, permanecen diversas interpretaciones sobre el concepto de participación social o comunitaria, expresando versiones tan dispares como el derecho a la información, el uso adecuado de servicios y, más inusualmente, la participación en la toma de decisiones, como son el diseño o la evaluación de estos programas (Haro y Kjiezer, 1998).

Tanto el desarrollo de experiencias referido, como el estudio acumulativo de los procesos y las representaciones asistenciales llevados a cabo desde las ciencias sociales, han tenido como resultado que las nociones de autocuidado/autoatención y autoayuda en salud hayan sido aceptadas, al menos discursivamente, tanto entre quienes son los encargados de hacer las políticas de salud y que invocan ahora invariablemente diversos mecanismos de autogestión o de «participación» en planes y programas, como entre los mismos profesionales de la salud, quienes se ven obligados a incorporar alguna de estas variantes en los casos de «pacientes problema» que son canalizados

hacia experiencias grupales y educativas, siendo el prototípico Alcohólicos Anónimos. Sin embargo, lo anterior no sucede en ausencia de conflictos, derivados del cuestionamiento que individuos y colectivos suelen formular al volverse actores críticos, de tal forma que se pasa de un carácter complementario a otro cada vez más antagónico de la atención profesional, en la medida en que las formas de participación rebasan el estrecho ámbito de lo estrictamente médico. Desde otra rivera, los conceptos de autocuidado, autoatención y autoayuda han sido adoptados por diversos movimientos autogestionarios de muy variada raigambre, desarrollando muy diversas versiones frente a la práctica médica profesional, desde su satanización y negación de vínculos hasta diferentes formas de complementariedad y uso mutuo.

#### Autoatención y autoayuda: ¿complementarios o antagonistas de la medicina profesional?

No obstante su importancia, las prácticas de autoatención de la salud constituyen una dimensión del ámbito sanitario que, a pesar de ser el único nivel de atención del que puede afirmarse que es universal puesto que acompaña siempre cualquier proceso, han sido relativamente poco estudiadas y siguen siendo subestimadas por los sistemas convencionales de salud, debido a que ha constituido un campo considerado marginal dejado al estudio de folkloristas y etnógrafos. Un abogado (Black, 1883) y un médico (Pitré, 1886) fueron los pioneros de su recopilación y estudio a finales del siglo XIX bajo un esquema de interpretación evolucionista que presentaba estas prácticas como formas marginales de supervivencia de la cultura popular. Aunque destacaron su incidencia y carácter sincrético, no denotaron su prevalencia como opciones de atención a la salud más allá de una contribución al folklore médico, de escasa relevancia terapéutica o sociopolítica.

El estudio de las prácticas llamadas «etnomédicas» por parte de antropólogos como J. G. Bourke, W. H. Rivers, F. E. Clements, E. Ackerknecht, E. E. Evans-Pitchard y R. Redfield inauguró un nuevo ámbito que sería conocido posteriormente como antropología de la medicina, dedicado inicialmente a enfatizar el carácter institucional

social de la medicina «aborígen» en la reproducción sociocultural y política de los colectivos tribales. Las prácticas populares o domésticas son vistas por esta disciplina de forma generalmente amalgamada con las labores del curandero especialista, al ser todas ellas consideradas versiones análogas de medicina mágica o no científica, aun cuando se distingan componentes empíricos. De esta forma, la medicina popular o doméstica que constituye el sustrato de los cuidados profanos es vista de manera equivalente a la medicina del chamán o curandero, en tanto que ambas son consideradas supervivencias o formas primitivas respecto a la «verdadera» medicina, encarnada en la atención médica profesional. Igualmente, opera una reducción del marco de observación de la disciplina a los factores culturales e ideológicos de estas prácticas, en detrimento del relieve de su eficacia terapéutica y trascendencia epidemiológica, así como de su articulación con la oferta de la medicina profesional (Menéndez, 1990b). No es sino hasta décadas muy recientes cuando la medicina comienza a ser cuestionada en el interior de la antropología y la sociología médicas como una práctica etnocéntrica, poniendo en tela de juicio la objetividad del saber profesional y destacando la complejidad que asumen las formas de atención a la salud en las sociedades modernas, en las que se incluyen las diversas variantes que asumen la autoatención y la autoayuda como también las diferentes prácticas alternativas.

Las prácticas de autoatención constituyen, pues, un ámbito que progresivamente ha sido destacado por la producción socioantropológica aplicada al campo sanitario y ante el cual la profesión y el saber médicos manifiestan hasta hoy un interés ambiguo. Si bien casi todos los clínicos suelen reconocer la importancia del autocuidado y la autoatención en las recomendaciones terapéuticas, suele ser de forma instrumental, en el mejor de los casos orientada por el «sentido común» del clínico; como coadyuvante del tratamiento médico, pero consideradas intrascendentes cuando no nocivas si las medidas provienen de las filas del conocimiento popular-tradicional o de cualquiera de los métodos alternativos. Desde la medicina el reconocimiento de este campo es generalmente reducido a su posible relación negativa con la llamada «adherencia» o «cumplimiento terapéutico» o a una eventual y selectiva reconstrucción del curso seguido después de diferentes indicaciones terapéuticas menos convencionales, como las interconsultas al psicólogo, las terapias ocupacionales, el psico-

análisis, las terapias de grupo y otras formas de atención diversas (Lerner, 1997).

Como hemos insistido, la autoatención/autocuidado de la salud alude a la dimensión personal o doméstica donde se ejercen los cuidados más elementales para la promoción de la salud y para la prevención de las enfermedades, y que constituye el núcleo de cualquier sistema. Según algunas investigaciones, más de tres cuartas partes de los síntomas percibidos son resueltos en el propio domicilio (Zola, 1966); en todo caso, el autocuidado y la autoatención constituyen instancias irreductibles que están presentes no solamente en cualquier proceso asistencial, sino en la vida cotidiana a nivel doméstico/familiar, como señalan numerosas investigaciones, destacando el papel protagonista que tienen las mujeres en unas funciones que comúnmente suelen ser soslayadas.<sup>15</sup> Según Graham (1984), existen al menos cinco actividades básicas de cuidado endógeno de la salud realizadas por las familias en el ámbito doméstico y que se refieren a tareas generalmente llevadas a cabo por las mujeres: 1) crear y mantener las condiciones de vida favorables a la salud. Incluye todas las actividades domésticas de limpieza, calidez, seguridad y nutrición alimenticia; 2) asistir y cuidar durante las enfermedades; 3) educar para la salud (sea o no intencional); 4) servir de mediador con los profesionales de la salud y 5) afrontar las demandas urgentes. El papel de la familia como productora de salud, pero también de enfermedad, ha sido puesto de relieve por diversos autores que han analizado, por un lado, las relaciones entre la estructura, las funciones y la dinámica de las familias y, por el otro, las condiciones de salud de sus miembros, destacando el papel de mediación entre las macropolíticas y la vida cotidiana.<sup>16</sup> En todo caso, hay que considerar que es en el nivel do-

15. La bibliografía sobre el tema de la mujer como cuidadora indiscutible de la salud doméstica abarca una considerable producción desde diversos campos y perspectivas de las ciencias sociales. Algunos estudios sobre el tema son: J. Finch (1989), que analiza el caso del Reino Unido; M. Sclosa (1996) lo hace para España, mientras que M. E. Módena (1990) y R. M. Osorio (1995) exponen estudios realizados en México. Un estudio global es el de H. Pizurki, A. Mejía, I. Butter y L. Ewart (1988).

16. Para una revisión sobre las relaciones entre familia y salud, véanse Campbell (1986); Franks, Campbell y Shields (1992); Denman y otros (1993) y Schmit (1978). Menéndez (1992) analiza críticamente la consideración del ámbito doméstico/familiar como unidad de descripción y análisis, de explicación y de acción dentro del proceso de salud/enfermedad/atención.

méstico o familiar donde se constituyen o vinculan las distintas redes sociales para la atención de la salud.

Sobre las redes informales y formales que ofrecen apoyo social se ha evidenciado en la literatura sociomédica el impacto que tiene la vida social en la salud, pues la experiencia de enfermar ocurre siempre en un contexto social que le da sentido y, en buena medida, determina su pronóstico. Desde las investigaciones pioneras de Durkheim sobre el suicidio, en 1897, diversos estudios realizados en las últimas décadas señalan que la capacidad de establecer vínculos y relaciones sociales es decisiva para la salud, que a mayor capital social se supone que tienden a ser mejores debido a los recursos cognoscitivos y de apoyo psíquico que movilizan, pero igualmente por un mayor acceso y diversidad de servicios (Antonovsky, 1979; Gracia, 1997). McKinlay (1980), por ejemplo, ha descrito la trayectoria del síntoma a la curación y la activación de la red social. Sus miembros acompañan, dan consejos, socializan información y experiencias personales, ofrecen apoyo emocional e instrumental, suministran contactos e individualizan estrategias para combatir los síntomas (Cob, 1976). De hecho, para Suchman (1965), las redes sociales tienen un gran potencial predictivo del resultado de salud. En América Latina los trabajos pioneros de Oscar Lewis y, mucho después, de Larissa Lomintz (1975), han mostrado que entre los marginados urbanos la ayuda recíproca no constituye una excepción en caso de enfermedad, sino un recurso cotidiano de supervivencia. Numerosas investigaciones, incluidos los países latinoamericanos, nos informan de que estas estrategias se han incrementado durante los años de recesión económica ante la pérdida del poder adquisitivo, el encarecimiento de insumos y otros factores que testimonian el retroceso sanitario entre sectores pauperizados (González de la Rocha, 1986; Millán, 1994).

Desde la práctica médica suelen presentarse tres actitudes diferentes con respecto al ámbito del cuidado lego: 1) en primer término, quienes suponen que es irrelevante para la salud puesto que según esta visión no sería frecuente el uso de medidas «folklóricas» previas o coadyuvantes, o que en todo caso serían inocuas; 2) una segunda posición que considera que constituye una fuente de problemas porque retrasa la atención profesional y ocasiona efectos nocivos por un mal diagnóstico o una posología incorrecta, y 3) pensar que es sólo un recurso a instrumentar para justificar la contracción del papel asis-

tencial del Estado. En el primer caso, hay que señalar los aportes de investigaciones realizadas que versan sobre la existencia estructural de la dimensión de la autoatención, documentando la prevalencia y eficacia de los cuidados no profesionales, así como testimoniando el carácter sincrético de las prácticas populares de salud. Asimismo, merece destacarse que la mayoría de las investigaciones realizadas ponen de manifiesto que la autoatención representa una opción bastante significativa tanto en el medio rural como urbano, como se muestra en la tabla 2.

Tabla 2. Resultados de algunos estudios realizados sobre autoatención

Autor	Año	Lugar	Número de casos	% autoatendido
Rodríguez <i>et al.</i>	1979	Morelos, México	3128	37
Young y Young	1982	México rural	332	69-85
Levin e Idler	1983	USA		60-90
Ministerio de Salud	1984	Perú	32000	31 (familias)
Logan	1988	Cd. Juárez, México		50-89
Módena	1990	Veracruz, México	100	86 (niños)
Osorio	1995	Cd. México		50 (niños)
Laurell <i>et als.</i>	1997	Cd. México	340	25 (medicamentos)
Haro <i>et als.</i>	1998	Guarujós, México	30	59 (menores 5 años)
Haro <i>et als.</i>	1998	Guarujós, México	58	55 (partos)

Fuente: Elaboración propia; véanse las referencias en la bibliografía.

De la segunda actitud crítica de la medicina respecto al cuidado lego merece destacarse que su competencia ha sido quizá menos puesta en tela de juicio que la misma medicina profesional, debido a los numerosos efectos iatrogénicos que conlleva, y, especialmente, porque la resolución de trastornos leves a nivel doméstico lejos de generar problemas es una importante fuente de descarga de tareas, para las que la medicina no tendría capacidad de satisfacer si consideramos la demanda de atención que merecerían todos los síntomas que experimenta una población. La intención intervencionista de la medicina hegemónica, frente a posturas más conservadoras de permitir la autolimitación de ciertos procesos morbosos, resulta cuestionada con

frecuencia debido a los efectos secundarios y iatrogénicos de los medicamentos sintéticos y de diversos procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Sin embargo, hay que subrayar el hecho de que la actual profesión médica está configurada de forma muy heterogénea, de acuerdo con la división en especialidades, algunas de las cuales son más «intervencionistas» y tecnológicamente complejas, mientras que a otras no les queda más remedio que «acompañar» procesos ofreciendo paliativos y rehabilitadores parciales.

De la tercera actitud puede decirse que, como han enfatizado las ciencias sociales, la atención a la salud tiene una dimensión de trascendencia no solamente epidemiológica, sino también cultural y política, motivo por el cual el recurso a la autoatención y la autoayuda representa en sí mismo un eje difícil de articulación, puesto que su misma existencia cuestiona la pertinencia del Estado del bienestar, como demuestra el hecho de que los mecanismos participativos y los procedimientos de autoayuda tiendan a ser sistemáticamente afiliados por los sistemas convencionales de salud, o por otros aparatos técnicos-ideológicos, y que la problemática sanitaria esté presente en la actualidad en la agenda política de cualquier sociedad. El cuidado de la salud, lejos de ser un asunto meramente técnico, se encuentra cargado de contenidos políticos, ideológicos y simbólicos. La historia de estos «descubrimientos» conforma la trayectoria de los aportes realizados al tema por parte principalmente de la antropología y la sociología médicas, encargadas de la tarea de estudiar las dimensiones desestimadas del cuidado lego por parte de las ciencias médicas.

La forma en que las diferentes formas de atención a la salud se complementan y solapan en episodios concretos de enfermedad ha sido destacada en la literatura como la «carrera o trayectoria del enfermo» (*Sickness career*).<sup>17</sup> Es un concepto análogo a la *historia natural de la enfermedad* epidemiológica, pero a diferencia de ésta, incorpora el proceso de atención tornándolo social y cultural al hacerlo operar tanto dentro de los límites de la enfermedad (*disease*) como del padecimiento (*illness*), distinción que constituye un aporte rele-

17. La «carrera del enfermo» se encuentra referida en la literatura como «carrera moral» (moral career, Goffman, 1951), conducta en pos de la salud (*help seeking behaviour*, Chrisman, 1979), «proceso del padecimiento» (*sickness process*, Mechanic, 1962), «proceso asistencial» (Comelles *et al.*, 1982) o «itinerario terapéutico» (*itineraire thérapeutique*, Igun, 1979).

vante de la antropología para el estudio sociocultural de la epidemiología y de los procesos asistenciales.<sup>18</sup> La percepción de signos y síntomas es precisamente la primera etapa de un itinerario que determina cursos de acción en base a las propias experiencias previas o a las sociales y que se construye socioculturalmente; por lo tanto, representa una «carrera moral», según Goffman (1951), en tanto que redefine sus relaciones y modifica su identidad. Se compone de un itinerario de secuencias de atención en las que son tomadas varias decisiones relacionadas con el carácter contextual en el que ocurre un episodio de enfermedad: la gravedad percibida, el costo de la búsqueda de atención, la evaluación de diversas alternativas y otros aspectos implicados. Dean (1996) ha señalado la necesidad de analizar los procesos de autoatención de acuerdo con los diversos factores que se incluyen en esta toma de decisiones, entre ellos: el estrato social, la fase del ciclo de vida, los roles sexuales, el nivel educativo y otros más, pues según diversos estudios se ha demostrado que no existen pautas generales, sino episodios particulares, evidenciando una serie de etapas o pasos que suelen escapar a la mirada clínica porque son ocultados por los pacientes o subestimados por los profesionales, quienes no los consideran relevantes como datos clínicos o epidemiológicos, a pesar de que la complejidad que asumen en la práctica los procesos asistenciales concretos ha sido referida en estudios etnográficos de casos (Young, 1980).

Un ejemplo de la complejidad que asumen los itinerarios terapéuticos lo encontramos en un estudio realizado por nosotros en la región Guarijío de Sonora, en el noroeste de México. En respuesta a la pregunta «¿Que hicieron la última vez que enfermó el niño?», formu-

18. La distinción entre padecimiento y enfermedad atañe a la experiencia «subjetiva» (Eisenberg, 1977) o «intersubjetiva» (Fábrega, 1978) de un trastorno de salud y a su reconocimiento «objetivo» por parte de la ciencia médica. Es análoga a la forma en que un síntoma deviene en un signo para el clínico. Para Young (1982) hay que distinguir además una dimensión para trastornos menos precisos, que correspondería a la definición de malestares o causas de aflicción menos consensuadas (*sickness*), que aludiría al proceso mediante el cual una determinada «patología» se vuelve socialmente aceptada, «... por el cual a conductas preocupantes y a signos biológicos, particularmente aquellos originados por enfermedad (*disease*), se les da un significado reconocido socialmente. Es un proceso para socializar enfermedad y padecimiento». Para Twaddle (1981), *sickness* es el resultado de ser definido por otros como «no saludable» y resulta de la propia incapacidad para enfrentarse a las obligaciones sociales.

lada en entrevistas realizadas a familias en las que había menores de 5 años, se obtuvo que en la mitad de los casos (15) se empleó una segunda opción de atención y en un 7,5 por 100 hasta una tercera estrategia. Como primera opción, las medidas caseras fueron utilizadas en el 43 por 100 de los 30 casos, poniendo de manifiesto que la autoatención fue la pauta más constante como primera alternativa, mientras que la consulta al médico como primera opción correspondió a la tercera parte de los casos. Sin embargo, la eficacia terapéutica no fue la regla en todos estos: pues del total de estrategias seguidas (considerando el total de las tres opciones) el 35 por 100 correspondió a consultas médicas, seguidas de las medidas caseras con un 33 por 100, la atención mediante otras opciones (consulta a auxiliares de enfermería y maestros locales) comprendió un 16 por 100, seguidas de curandero y familiar (6 por 100 cada una del total de opciones) y un 4 por 100 de casos en los que no se realizó ninguna estrategia de atención.<sup>19</sup> Véase tabla 3.

Tabla 3. Estrategias de atención a la salud en el último episodio de enfermedad de menores de 5 años. Región Guarijío de Sonora, 1995

n = 30					
Estrategias utilizadas	opción 1	opción 2	opción 3	Totales	%
Medidas caseras	13	2	1	16	33
Médico	10	6	1	17	35
Otras opciones	3	4	1	8	16
Curandero	1	2	0	3	6
Familiar	1	1	1	3	6
Nada	2	0	0	2	4
Totales	30	15	4	49	100

Fuente: Elaboración propia en base a Haro, Lara, Palacios, Salazar y Salido (1998)

19. En las 69 familias incluidas en nuestro estudio se encontraron 30 con menores de 5 años. La estrategia para averiguar la trayectoria seguida en el último episodio de enfermedad consistió en formular una pregunta referida al menor de los niños, «¿De qué enfermó su niño la última vez?». En respuesta a esta última se obtuvo que 11 habían enfermado de gripe, 5 de diarrea, 2 de fiebre, 2 de caída de mollera, 1 de llagas y 9 de síntomas menores diversos. Si consideramos del total de estrategias seguidas a

La importancia de estos aportes de las ciencias sociales al análisis del ámbito sanitario reside en que constatan la necesidad de incorporar al análisis clínico y epidemiológico las representaciones culturales de la enfermedad, sus dimensiones subjetivas y emocionales, su articulación con el sistema de prácticas sociales y de discursos en el contexto histórico y político-económico. Considerando que todos los conjuntos sociales elaboran representaciones culturales como los modelos explicativos populares (Kleinman, 1980); las redes semánticas de enfermedad (Good y Del Vecchio, 1980) y abordan procesos de decisión respecto a cualquier forma de sufrimiento humano y no solamente de las enfermedades médicas, algunos autores desde la antropología de la medicina europea han propuesto el uso del concepto del *mal* frente al cual las sociedades elaboran sus propios dispositivos asistenciales (Augé y Herzlich, 1984). La complejidad en la articulación de prácticas y saberes distintos, como los populares, médicos, políticos y religiosos ha sido puesta de relieve por Ernesto de Martino (1961), relacionando sus aspectos microsociales y macrosociales. Constituyen los antecedentes de ciertas corrientes contemporáneas que estudian los sistemas médicos de prácticas y las representaciones que concurren en el ámbito sanitario, como la antropología médica crítica y la antropología clínica aplicada, aunque esta última permanece al margen de las dimensiones histórica y económico-política de la salud/enfermedad iluminadas por este autor.

Otra aportación relevante que interesa destacar para el tema que nos ocupa incluye el concepto de «eficacia simbólica», elaborado por Lévi-Strauss (1958), en tanto ofrece una importante veta de estudio para la explicación no solamente de la persistencia de las prácticas populares y de las redes de ayuda, sino de la eficacia misma de las

las medidas caseras, la medicación por auxiliares y maestros, la consulta a familiares y los casos en que no se hizo nada obtenemos un 59 por 100 de autoatención. Las razones específicas para orientar la decisión a tomar fueron referidas a una gran variedad de circunstancias, como el estado del clima, la disponibilidad de dinero o los medios de transporte, la presencia de expertos en la región, la experiencia de la familia en el tratamiento de los síntomas presentados e incluso el abasto de medicamentos y remedios dentro de la comunidad. En todo caso, los resultados muestran la multiplicidad de estrategias involucradas en una región rural indígena mexicana que cuenta con recursos médicos profesionales periódicos y la presencia permanente de 25 especialistas de la medicina tradicional distribuidos entre parteras, hueseros, sobadores y curanderos (Haro, Lara, Palacios, Salazar y Salido, 1998).

prácticas médicas profesionales que también operarían al amparo de la «magia científica». La eficacia simbólica, que Lévi-Strauss destacó como mecanismo de explicación en la curación chamánica y psicoanalítica, alude a los efectos que tiene la sugestión del propio acto terapéutico y la función placebo que juegan las profecías que se cumplen a sí mismas, inaugurando un fértil programa de investigación en contra del determinismo biológico y del positivismo dualista que divide cuerpo y mente, cuestionado actualmente por los aportes de la psiconmunoneurología. En el caso de las prácticas autogestionarias aludiría a las funciones que la eliminación de la ansiedad mantiene para el proceso terapéutico, restando el monopolio curativo a la práctica médica. Sin embargo, en la medida en que este proceso de catexis y transferencia se encuentra simbólicamente depositado sobre todo en la autoridad médica, señala a su vez los límites de las experiencias de autoatención y autoayuda, denotando una necesaria dependencia exógena para ciertos procesos respecto de la figura del médico, incluso de tecnología sofisticada o del pago de honorarios y desembolsos elevados, lo que nos indica que el asunto de la curación es complejo y ajeno a esquemas únicos que puedan explicar todos los casos (Gadamer, 1993). La eficacia simbólica expresa que el cuidado de la salud genera poder sobre los profanos, que es utilizado tanto por la profesión médica como por la clase política que se legitima a través de la otorgación de los servicios.

En todo caso, hay que señalar que el ámbito de los cuidados profanos plantea dificultades para la indagación porque conforma un ámbito dinámico y poroso. Su particular factura histórica y cultural denota la naturaleza contextual de las formas que asume, su carácter constante y a veces inadvertido. La forma en que cuidamos de nuestra salud incluye un abanico de acciones y omisiones de naturaleza dinámica y sujeta tanto a decisiones coyunturales como a *habitus* de clase y patrones culturales, lo cual le otorga un carácter complejo, que requiere particularizar y contextualizar en cada caso, sea éste individual o colectivo. Si la atención a la salud es algo cotidiano, debe estudiarse con instrumentos que registren la cotidianidad. La paradoja estriba en que el proceso se inicia fuera del sistema de atención convencional y que, en buena medida, se resuelve fuera del mismo, por lo que suele ser solamente accesible desde la investigación etnográfica. Ha sido difícilmente observable desde la indagación epide-

miológica clásica por medio de encuestas, debido a la variabilidad y complejidad de las prácticas de atención a la salud insertas en la cotidianidad. Por este motivo, los métodos cualitativos, como la observación participante y las entrevistas y el análisis estructural y de redes, constituyen elementos fundamentales para reconstruir el entramado de prácticas y representaciones que constituyen el cuidado lego de la salud, ámbito no necesariamente complementario o antagónico de la atención médica profesional, aunque siempre presente y problemático, como revisaremos en el último apartado de este trabajo.

#### Perspectivas: El saber profano en la modernidad tardía

Siguiendo el panorama previamente revisado, puede decirse que, pese a la hostilidad de la medicina, algunas prácticas que constituyen el ámbito del cuidado lego han sido relativamente toleradas y en ciertos países incluso fomentadas. Es lo que ha sucedido en ciertos contextos con diversas prácticas de autoatención, como la automedicación de la mayoría de medicinas de patente, cuya venta en muchos países no está del todo controlada; el comercio de la herbolaría, que se ha liberalizado en otros donde estaba sancionado; la difusión de los textos de autoayuda y el uso de varias instrumentos diagnósticos y terapéuticos que se aplican en el ámbito doméstico. A la par, se aprecia la tendencia a la expansión de las medicinas alternativas, hechos que parecen testimoniar una pérdida para el ejercicio monopolístico de la práctica biomédica.

En otro nivel, ciertos movimientos autogestionarios y numerosos grupos de autoayuda y del voluntariado que inciden en la atención a la salud, no solamente se han multiplicado y han incrementado su influencia de forma considerable, sino que han conseguido el reconocimiento del Estado y los medios de comunicación, y algunos de ellos apoyos logísticos y económicos por parte de programas gubernamentales y fundaciones filantrópicas. Simultáneamente, diversas iniciativas de participación son invocadas una y otra vez en los planes de desarrollo del sector sanitario para integrar programas de los servicios profesionales. El cuidado lego parece devenir en ámbito de autonomización y reapropiación de dominios que han sido previamente

confiscados o expropiados por los profesionales de la salud en materia de saberes y potestades, fenómeno que se observa en otros ámbitos de la administración pública, anticipando modelos que tienen como sello una mayor participación de la población a varios niveles. Es decir, en la época actual somos testigos de la politización del ámbito de la salud mucho más allá del campo de las prestaciones médicas y sociales de los ciudadanos o de los derechos del rol del enfermo. ¿Significa esto el fin de la hegemonía médica o la apertura de un proceso de apoderamiento de individuos y colectivos con respecto al control de ámbitos decisivos de la vida política y social?

A pesar de que muchos puedan contestar afirmativamente a esta pregunta, en nuestro caso nos inclinamos por una interpretación menos optimista que apuesta por un cambio en las formas de hegemonía, marcadas en el caso de las sociedades actuales por una redefinición del contrato social de la salud acorde con las necesidades de contratación de las prestaciones concedidas por el Estado y una mayor expansión del mercado, con formas de influencia y dominación que no pasan ya necesariamente por el tamiz de los profesionales médicos, sino que están siendo incorporadas en un paradigma único que enfoca la salud y la enfermedad como hechos fundamentalmente individuales, despojados de su perspectiva histórica, sociocultural y política. Sin embargo, no es un proceso que se produzca sin resistencias ni contradicciones en vista de la cantidad y calidad de los factores comprometidos.

Podemos decir que no todos estos factores están marcados por el mismo cariz. En primer término, porque obviamente ciertas modalidades de la autoatención y del autocuidado son consustanciales a la vivencia cotidiana y solamente se echan a faltar en casos de incapacidad parcial o total, en cuyo caso hay que poner en marcha dispositivos de asistencia particulares. Es el caso específico no solamente de sectores inválidos por enfermedades primordialmente físicas o mentales, sino también del ciclo natural de la vida en las etapas de la infancia y frecuentemente de la vejez. Si bien en épocas anteriores la familia extensa y las amas de casa desempeñaban estos cuidados, con el apoyo eventual de redes comunitarias, en la actualidad con la incorporación de las mujeres al mundo del trabajo y la tendencia a la merma de las redes informales se tiende a que estos factores incidan en una mayor dificultad para estas tareas, siendo su ejecución objeto

de conflicto en el interior de los grupos domésticos y tema de disputa y reclamo frente al Estado del bienestar. Así pues, los cambios en la estructura y las funciones de las familias, o la crisis del vecindario, que alude a la disminución en la intensidad de las relaciones comunitarias, inciden indudablemente en el tema de estos cuidados. Las respuestas a esta situación consisten tanto en la activación de las funciones cuidadoras en el interior del núcleo doméstico por parte de otros actores diferentes a la tradicional ama de casa (varones, menores y otros), como en la contratación renumerada de auxiliares domésticos y el recurso a centros especializados, residencias de la tercera edad, guarderías y casas de salud (Domínguez-Alcón, 1998).

Algunas prácticas, como la automedicación y el consumo sanitario, no sólo se relacionan con la dificultad de acceso a los médicos profesionales, sino que son fomentadas por la dinámica propia de la industria sanitaria, ante la insuficiencia del Estado y la profesión médica para cubrir el espectro de necesidades de una población que ha sido intensamente medicalizada a través de los medios de comunicación. Parte importante de este proceso deriva de los avatares de la vida moderna con su ideología de alivio y gratificación inmediatas, con la anomia y alienación que se desprenden de la pérdida de sentido y del desenraizamiento de las culturas de origen y que se manifiesta en altos índices de consumo de psicofármacos y también en muchos otros aspectos, como el alcoholismo, el abuso de drogas y la violencia.

En cuanto al continuo resurgimiento de experiencias de autoayuda habría que señalar que hay aspectos que tienen explicación desde los propios actores involucrados como promotores y usuarios de este formato, pero asimismo desde la lógica de los sistemas políticos, en la medida en que particularmente desde la década de 1980 se documenta un empeño, aunque muy frecuentemente sólo discursivo, en el fomento de estas experiencias. Desde el punto de vista de las propias experiencias su auge tiene vertientes que expresan la insuficiencia de la oferta sanitaria convencional y otros aspectos críticos que cuestionan el paradigma biomédico y el sistema económico-político en que se sustenta la atención médica profesional. Pero también existen otras vertientes propias de estas experiencias que no guardan relación con la oferta médica profesional, como veremos mas adelante.

La insuficiencia de la oferta se manifiesta en algunos contextos por la saturación de los servicios públicos de atención, con el consiguiente diferimiento y dificultad en la satisfacción de necesidades. En otros, por una subutilización debida a la desconfianza en la calidad de los mismos, que son utilizados de forma parcial o selectiva para la dotación específica de medicamentos, la realización de análisis paraclínicos o la extensión de certificados de variado tipo. Lo mismo sucede con respecto a su acceso, dado que la cobertura dista mucho de ser universal incluso en aquellos países que tienen un modelo de Estado social (el caso de los inmigrantes ilegales, de la población desempleada que nunca ha trabajado y de otros individuos y colectivos que no tienen sino acceso potencial a los sistemas de seguridad y asistencia social ilustra esta realidad, incluso en los países europeos). La medicina privada aunque ha incrementado su oferta a partir del desarrollo de regímenes de seguro privado, dista de ser accesible para un sector considerable de la población, ya sea porque no existe la solvencia suficiente para el pago directo de los servicios privados o porque estos seguros tienen coberturas limitadas para la satisfacción del cúmulo de necesidades de atención. Aunque las circunstancias varían considerablemente en los diferentes países, estos factores están presentes en la explicación del mantenimiento y relativo auge de los cuidados profanos, y, obviamente, también de la medicina privada.

La insuficiencia de la oferta sanitaria se manifiesta no solamente en la forma en que están organizados los servicios, sino en el reduccionismo del paradigma biomédico de atenerse a los aspectos biológicos de la salud/enfermedad, relegando como intrascendentes los aspectos psicológicos y sociales. Así pues, las formas de atención contenidas en el modelo de autoayuda se pueden interpretar como respuestas a necesidades psicosociales que han sido menospreciadas en la atención médica profesional, como efecto de la tecnificación, el antihumanismo y la burocratización, especialmente debido a que la figura del médico de familia ha sido reducida en los sistemas convencionales actuales al papel de un burócrata con escaso tiempo y pocas posibilidades de incidencia en las causas estructurales que subyacen en la mayoría de las necesidades de atención. Deriva igualmente del descontento y la alienación que subyacen al personal de los sistemas de salud en la medida en que su rol ha adquirido la función de

dispensadores de medicamentos al servicio de la industria farmacéutica o de gestores laborales cuya principal tarea es justificar la ausencia de los usuarios de sus puestos de trabajo (Southon y Braithwhite, 1998).

Por el lado de la vertiente crítica, la insatisfacción de la población con una medicina que tiende a resolver más o menos eficazmente los problemas agudos, pero que dista mucho de resolver los problemas crónicos de salud, explica tanto el auge de las medicinas alternativas como la emergencia de propuestas de autoayuda que intentan paliar los efectos que las enfermedades crónicas tienen en la vida de los individuos y sus familias. Lo evidencia también el aumento de las denuncias de iatrogenia y mala práctica, que tienden a incrementar los costes de atención, no solamente por la obligada práctica de una medicina defensiva que se escuda en protocolos y en un mayor uso de tecnología diagnóstica y terapéutica, sino también por los costes legales. La advertencia de los efectos secundarios de la tecnología sofisticada y de los problemas de adicción y dependencia están presentes en un sector creciente de la población, que tiende a desmitificar no solamente a la medicina, sino a la misma ciencia como garante del progreso y el bienestar. Que reclama una reapropiación con respecto a las facultades que han sido progresivamente confiscadas tanto por el poder político como por la profesión médica. Así pues, es posible testimoniar una veta antiautoritaria y antiburocrática que se expresa en la emergencia de numerosas formas de autoayuda y en movimientos sociales de tipo sanitario, político y ecologista. Un ejemplo patente lo encontramos en el ámbito sanitario frente a las áreas de la reproducción, las enfermedades crónicas y la discapacidad (Williams y Calnan, 1996). En otras áreas críticas como el sida, la drogadicción, la homosexualidad, las enfermedades mentales, la lucha contra el estigma, se ha convertido en una demanda que sobrepasa el ámbito exclusivo de la medicina para extenderse a otros ámbitos sucedáneos de una sociedad relativamente medicalizada.

Hay que señalar, sin embargo, que las formas de autoayuda no representan necesariamente en todos los casos alternativas de sustitución o crítica de la oferta profesional, sino un complemento necesario que cubre necesidades psicosociales que ya no son amparadas por la familia ni por las redes sociales informales que originalmente daban sentido al concepto de comunidad. En este sentido, es posible i magi-

nar las experiencias de autoayuda como espacios que intentan reconstruir la sociabilidad desde ámbitos que han sido despojados o colonizados por los diferentes procesos que conlleva la modernidad. También en el caso de algunas de estas experiencias, como, por ejemplo, los grupos de ayuda mutua para enfermedades crónicas, ofrecen elementos que no pueden ser satisfechos por otros medios, en tanto atañen a compartir experiencias de afrontamiento que son únicas para quienes las padecen, proveer modelos de rol no estigmatizados, ser de utilidad para otros, otorgar empatía y apoyo emocional, elevar la autoestima, la autoconfianza, el autocontrol y ofrecer metas comunes, como sucede cuando estas experiencias se convierten en grupos de presión o movimientos sociales (Gracia, 1997). Con esto queremos enfatizar la génesis y las dinámicas propias que muchas de estas iniciativas poseen al margen de la eficiencia o empatía de la atención médica profesional.

Desde la perspectiva de los sistemas gubernamentales e internacionales del sector sanitario, el fomento de los cuidados profanos tiende a tener cada vez más reconocimiento debido a la constatación de que las condiciones de salud de la población se encuentran en un estado crítico. Aunque el perfil epidemiológico varía considerablemente entre países desarrollados y subdesarrollados, las evidencias sugieren que en su interior las desigualdades sociosanitarias tienden a incrementarse en vez de disminuir. A la disminución potencial de las principales causas de morbilidad y mortalidad ha seguido la reaparición de numerosas patologías que parecían superadas, como la tuberculosis; también el incremento de las adicciones, la patología mental y la derivada de causas violentas. Si bien no es este el lugar para hacer una evaluación internacional de las condiciones sanitarias, podemos advertir que, a pesar de los extraordinarios avances tecnológicos en materia de atención médica obtenidos en las últimas décadas, aún prevalecen numerosos problemas de salud, documentándose no solamente un incremento de los residuos del modelo de desarrollo, sino un retroceso en las condiciones sanitarias de grandes grupos de la población mundial, con la aparición de nuevas entidades epidémicas (Arnetz, 1996). Así lo testimonia el fracaso de los programas de lucha contra el hambre y el abandono de la meta de salud para todos en el año 2000, que se registra con el empeoramiento de los principales indicadores de salud sobre todo en los países subdesarrollados.

En todo caso, la necesidad de implementar reformas sanitarias, si bien puede tener ópticas y lecturas distintas según los contextos donde se plantea, es un elemento común que expresa la crisis del modelo médico, motivada por el atraso sanitario, las demandas de la población y especialmente por el incremento de los costos de atención. Hecho que ha llevado a muchos estados a replantearse el enfoque curativo y de compensación que ha privado dentro del modelo, para proponer un enfoque basado en aspectos preventivos y de promoción de la salud desde una óptica de costo-beneficio, en la que están incluidos no solamente los aspectos económicos sino igualmente los sociopolíticos. Por todo esto, no es extraño encontrar en los nuevos planes de gobierno programas de mejora y reforma del sector de la salud que dependen del establecimiento de un nuevo modelo de atención capaz de responder a los retos crecientes de la salud pública (Herrera, 1998). Esto, necesariamente atañe a modificar la estructura y en suma a reorientar la forma general en que trabajan los servicios médicos y sociales, asumiéndose por parte de los sectores gubernamentales la necesidad de aprovechar e instrumentar los conocimientos populares y las redes de autoayuda en coordinación con la medicina profesional.

La propuesta no está exenta de restricciones, en vista de la amenaza que la autonomía popular representa para los profesionales médicos y para el sistema político. Sin embargo, si consideramos que el ámbito de la salud ha devenido un tema primordial de la oferta política encontramos que los problemas de costo y eficacia son obviamente más prioritarios que los intereses de un gremio profesional, de tal modo que en los países europeos se encuentran ahora referencias a la participación social en salud como aspectos centrales en la reforma del modelo de atención. En otros contextos marcados por la crisis económica, política y social, como los latinoamericanos, las propuestas de involucrar a la población en formas participativas tiende a desaparecer para poner mayor énfasis en los programas verticales de antaño (Menéndez, 1993). De cualquier manera, a nivel internacional, desde los usuarios se manifiesta una tendencia progresiva a asumir los asuntos de la salud como derecho social, lo cual se expresa en la mayor presión de los ciudadanos para participar en las decisiones relativas a la salud, anteriormente exclusivas de la profesión médica. Para algunos autores, esto constituye la noción de *Empowerment* tan

en boga en las sociedades actuales, con la paradoja de que su puesta en práctica supone versiones muy distintas en los contextos donde se plantea, pues resulta implementada desde arriba en un momento en que los costos de la atención están sobrepasando los límites presupuestarios (Anderson, 1996).

A pesar de que la medicina actual acusa una tendencia de sobrespecialización que se traduce en una mayor fragmentación del conocimiento médico y una mayor biologización de la disciplina (tangibles en el auge de la biología molecular, la medicina genética, las nuevas tecnologías reproductivas, la reducción a explicaciones bioquímicas en psiquiatría y muchas otras áreas de investigación y desarrollo de tecnología), tal parece que estos avances anuncian una mayor polarización entre sectores pudientes y marginados tanto de estos desarrollos como de otros ámbitos del bienestar social. La nueva salud pública que se perfila para el tercer milenio parece tener que ver no tanto con un acceso masivo de la población a las nuevas tecnologías como a una reformulación de su paradigma enfatizando no los aspectos biológicos, sino los conductuales, con el objetivo de reducir los costos de atención. Paradójicamente lo que pretende ser un punto de vista más social y menos biologicista no ofrece sino individualizar la responsabilidad a través de la noción de los estilos de vida.<sup>20</sup> En el plano de las políticas internacionales de salud así lo muestra el énfasis en reformas que evidencian la crisis no solamente del modelo médico sino del Estado del bienestar, con el cambio de propuestas comprensivas a enfoques selectivos. De esta forma se ha pasado del

20. *Estilo de vida* es un concepto construido con aportes de las ciencias sociales (los «tipos ideales» de Weber, el *ethos* de la antropología culturalista) que intenta destacar la forma en que la cultura se expresa en los quehaceres de los individuos, mostrando que las conductas relacionadas con la salud son el resultado de una compleja interacción de aspectos biográficos, sociales y culturales. En epidemiología y salud pública el concepto de estilo de vida es generalmente reducido al de conducta de riesgo para culpabilizar al «paciente» como responsable de prácticas erradas. En este mismo tenor, las prácticas de autocuidado incluidas en los «estilos de vida» sirven como pretexto a la medicina para individualizar los casos y erradicar toda dimensión histórica, social, cultural y política, dotándoles de una dimensión que deriva más de un sentido moral que de uno técnico (Johansson, Ullabeth, Söjlö y Svärdsuss, 1995). Las pautas de autoatención son consideradas de forma negativa, por suponer que los individuos son incapaces de autorrecetarse correctamente medidas preventivas o terapéuticas; de esta forma, los «estilos de vida» sirven como marcas con que la medicina etiqueta a sus «clientes» para hacerlos sentir culpables de conductas negativas para la salud, sin considerar que la adquisición de hábitos tiene una exacta génesis biográfica y social.

énfasis en la atención primaria a la salud y los sistemas locales de salud (SILOS), que tuvieron su mayor auge en la década de 1980, a un nuevo enfoque basado en la promoción de la salud, la reactivación de la autoayuda y la creación de ambientes saludables. No hay que soslayar el hecho de que la crítica constante a la medicina y la invocación de las competencias de cuidado lego tienden también a ser funcionales para el Estado, como sucede con las políticas de contracción del Estado del bienestar que han caracterizado al fin de la guerra fría. En esta tónica, los argumentos individualistas de la «nueva derecha» amenazan los logros sustanciales que en materia de servicios y prestaciones se han conseguido en ciertos países.

Al margen de estos argumentos, algunos autores hablan de los procesos de desmedicalización que se aprecian en las sociedades actuales, donde individuos y colectivos se mostrarían cada vez más escépticos hacia la medicina moderna y sus desarrollos tecnológicos (Williams y Calnan, 1996). Según teóricos sociales como Giddens (1991) y Beck (1986), las sociedades contemporáneas se caracterizan por una actitud crítica que ha institucionalizado el principio de la duda radical. La «modernidad tardía» o «sociedad del riesgo» de la actualidad estaría signada por un mayor grado de reflexión y de cálculo del riesgo, donde los individuos se convierten en consumidores exigentes que evalúan racionalmente y eligen las opciones que mejor les convienen dentro de un mercado médico y social que deviene progresivamente más plural, favoreciendo el abandono del rol pasivo del paciente, sometido al paternalismo y a la autoridad de la profesión médica. La vida en este contexto adquiere el cariz de una empresa y los medios para restablecer o fortalecer la salud en una decisión personal garantizada por los derechos del consumidor que privan en la sociedad de mercado y que tienden a articularse como un poder alternativo. Según Giddens, la experiencia contemporánea se encuentra mediatizada por el influjo de los medios de comunicación, lo cual juega un papel ambiguo tanto mitificador como desmitificador en relación con la medicina moderna, llegando su papel a suponer el atisbo de una «protoprofesionalización» del sector lego. Sin embargo, existen estudios que, aunque muestran esta tendencia, enfatizan que el rol pasivo del paciente se encuentra muy lejos de convertirse en el de un consumidor crítico, toda vez que los datos empíricos demuestran la complejidad de la relación entre médicos y usuarios (Lupton, 1997).

Al respecto, los efectos del poder simbólico del rol del profesional aparecen ciertamente como un límite importante a los pronósticos de una eventual desprofesionalización del ámbito, como también de la posibilidad de un proceso de desmedicalización en una sociedad que es paradójicamente cada vez menos reflexiva de la génesis de los fenómenos sanitarios y más propensa a seguir los dictados de los medios publicitarios. Desde esta perspectiva, el consumo aparece como una actividad mucho más mecánica e imitativa de modelos centrados en la mercantilización de la salud, que tiende a aparecer como un bien de consumo más.

Pero individuos y colectividades al asumir actividades de los cuidados profanos tienden a tornarse críticos. El poder médico no puede invocar impunemente el recurso de la infabilidad o del cripticismo técnico que el lego ahora comienza a conocer y a veces a dominar, quizás, debido a la labor de los mismos medios de comunicación o gracias a Internet; en todo caso, frente a una población que cada vez ostenta mayor nivel educativo y posee mayores recursos debido a la socialización de experiencias personales y colectivas. Lo cierto es que los nuevos movimientos sociales en el campo de la salud parecen combinar bastante bien un pragmatismo ecléctico y la solidaridad como elementos de síntesis en los cuales hay un reconocimiento del papel potencial que desempeñan tanto las redes sociales como los servicios profesionales de salud, como sucede ahora en el caso del sida y las numerosas organizaciones civiles de prevención y atención a portadores sintomáticos.

Una parte de este proceso es debido al papel de las ciencias sociales aplicadas al campo sanitario, dando a conocer la visión de los destinatarios protagonistas del cuidado médico y las políticas sociales. La etnografía clínica, tanto de la atención hospitalaria como de la relación médico/paciente, ha enfatizado la deshumanización y las consecuencias del etiquetamiento con que las «instituciones totales» médicas abordan el cuidado de los cuerpos y las mentes de forma fragmentada, sometiendo al estudio antropológico las prácticas y miradas médicas. Otros estudios han mostrado la subjetividad que adquiere el discurso y la práctica de la medicina aun en situaciones en las que se utiliza tecnología avanzada y se esgrime un discurso supuestamente objetivo y científico. Los «pacientes», por otra parte, cada vez más devienen en consumidores articulados, de tal modo que

ciertos autores hablan ya de un destino desprofesionalizado del ámbito sanitario, a la vez que testimonian o predicen su proletarización. La puesta en evidencia de la extensa variabilidad histórica y cultural de los procesos diagnósticos y asistenciales constatan también que las categorías «etic» de la medicina pueden ser tratadas como categorías «emic» de una tribu profesionalizada que se ha erigido en juez del bienestar social.

Es evidente que, como los teóricos posmodernos señalan, la época actual está marcada por la heterodoxia y el pluralismo, la polisemia y la relativización de todo discurso, que comenzaría ser consciente de su autorreferencialidad. Sin embargo, esta mirada obvia que en el contexto actual de la globalización económica toda práctica tiende a ser incorporada al mercado con fines utilitarios, distintos, y a veces antagónicos del interés colectivo, un ámbito virtual que como la «opinión pública» nació paralelamente a la hegemonización de la medicina. La medicina continúa siendo una empresa que además de ser técnica y económica es simultáneamente política y moral, que más allá de sus connotaciones burocráticas es una de las instituciones primordiales para la manipulación de la realidad social por parte del sistema en su conjunto (Kleinman, 1995). Por eso, frente a la autoatención y la participación social en la salud tendrá siempre una actitud reticente, en la medida en que los consumidores y usuarios de los servicios representan una amenaza para los monopolios y los gobiernos cuando devienen informados y organizados, pues favorecen relaciones de solidaridad y procesos de democratización social en contra de la privatización e individualización de los problemas humanos. El cuidado lego constituye, pues, una dimensión estructuralmente ambigua para el sistema actual, pero también paradójica para las iniciativas autogestionarias, porque representa un arma de doble filo que puede ser invocada para legitimar recortes presupuestarios y servir como vehículo para la contracción del Estado del bienestar, aunque esto a su vez revierta en una mayor organización y autonomía de la población.

Finalmente, habría que señalar que la dimensión de la salud no es estrictamente una dimensión más de la vida individual o social, sino que constituye la dimensión vital por excelencia, el modo de ir por la vida que sintetiza en su resultado —el estar sano o enfermo— el resto entero de dimensiones que sustentan el campo existencial y

social. Lo ambiental y lo sociocultural, que definen sus condicionantes y significados; lo económico y político, que otorgan los recursos en que se expresa; lo biológico y lo psíquico, que constituyen su sustrato genético y existencial. Denota ontológicamente el ámbito interactivo e interdependiente que constituye el patrimonio humano. Hasta ahora la ilusión de los sistemas políticos y los ámbitos profesionales que se ocupan convencionalmente de la salud ha sido el asumir y popularizar la idea de que el campo sanitario es un sector delimitado cuyas soluciones pueden ser ofertadas al margen del concurso de los saberes del ámbito lego. Esta pretensión utópica viene sesgada desde la Ilustración y su deseo de dominio de la naturaleza por la razón, por el positivismo que pretende analizar los fenómenos naturales y humanos de forma atomizada y que en el caso del paradigma biomédico, que aún domina el pensamiento político y profesional asistencial, se traduce no solamente en la búsqueda de cadenas de explicación unicasal, sino en una falsa concepción de los seres humanos como máquinas homogéneas, descontextualizadas de su entorno y manipulables con fines instrumentales.

En lo que a los cuidados profanos se refiere, lo anterior indica su dimensión siempre presente e irreductible a los márgenes tanto científicos como políticos. Constituyen un substrato ignorado, pero es determinante y a la vez determinado por las condiciones en que se define el modo de ir por la vida de sujetos y colectivos sociales. Testimonian que la hegemonía de la medicina se ejerce con resistencias y contradicciones, de lo que resulta que los pacientes son en realidad sujetos activos, pero que no siempre conocen la naturaleza de sus decisiones ni tampoco disciernen críticamente entre sus propias necesidades y las impuestas por los sistemas dominantes en sus cuerpos y en sus mentes. De ahí la naturaleza contradictoria que los cuidados profanos ofrecen tanto para sí mismos como para los sistemas convencionales de atención a la salud. Y es que, como alguien dijo una vez, cada vez es más evidente que la salud es algo muy importante como para dejarlo en manos de los médicos.

## Bibliografía

- Ackerknecht, E. (1985) [1971], *Medicina y antropología social*, Akal, Madrid.
- Anderson, J. M. (1996), «Empowering patients: issues and strategies», *Social Science & Medicine*, 43 (5), pp. 697-705.
- Antonovsky, A. A. (1976), *Health Stress and Coping*, Jossey-Bass, San Francisco.
- Arnetz, B. B. (1996), «Causes of change in the health of populations. A biopsychosocial viewpoint», *Social Science & Medicine*, 43 (5), pp. 605-608.
- Augé, M. y C. Herzlich, eds. (1984), *Le sens du mal. Anthropologie, histoire et sociologie de la maladie*, Éditions de Archives Contemporaines, París.
- Bartoli, P. (1985), «Farmaci e sacramenti. Organizzazione sanitaria e parroci di campagna nella seconda metà dell'Ottocento», *Sanità, scienza e storia*, 2, pp. 121-139.
- Beck, U. (1992) [1986], *La sociedad del riesgo*, Paidós, Barcelona.
- Bittner, E. (1968), «The structure of psychiatric influence», *Mental Hygiene*, 52, pp. 423-430.
- Black, W. G. (1982) [1883], *Medicina popular*, Alta-Fulla, Barcelona.
- Campbell, T. L. (1986), «Family's impact on health: a critical review», *Family Systems Medicine*, 4, pp. 135-327.
- Canals, J. (1996), «La reciprocidad y las formas actuales de ayuda mutua», en J. Contreras, coord., *Reciprocidad, cooperación y organización comunal: desde Costa a nuestros días*, Institutó Aragonés de Antropología-FAAEE, Zaragoza, pp. 43-55.
- Castel, R. (1997) [1995], *La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*, Paidós, Buenos Aires.
- Chrisman, N. J. (1979), «The health seeking process: an approach to the natural history of illness», *Culture, Medicine & Psychiatry*, 14, pp. 351-377.
- Cob, S. (1976), «Social support as a moderator of life stress», *Psychosomatic Medicine*, 38, pp. 300-314.
- Comelles, J. M.<sup>a</sup> (1993), «Milagros, santos, vírgenes y médicos: la institucionalización del milagro en la Europa cristiana», en O. Romaní y J. M.<sup>a</sup> Comelles, coords., *Antropología de la salud y la medicina*, VI Congreso de Antropología-FAAEE-ICA, Tenerife, pp. 165-192.
- (1996), «Da supertizione a medicina popolare. La transizione da un concetto religioso a un concetto médico», A. M. Rivistadella Società Italiana de Antropologia Medica, I, pp. 257-289.
- (1997), De l'assistencia i l'ajut mutu com a categories antropològiques, *Revista d'Etimologia de Catalunya*, 11, pp. 32-43.

- Comelles, J. M.<sup>a</sup>, A. Daura, J. Ferrús y S. París (1982), «Aproximación a un modelo sobre antropología de la asistencia», *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, 1, pp. 13-31.
- Comelles, J. M.<sup>a</sup> y A. Martínez Hernández (1993), *Enfermedad, cultura y sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre la antropología social y la medicina*, Eudema, Madrid.
- Dean, K. (1989), «Conceptual, theoretical and methodological issues in self-care research», *Social Science & Medicine*, 29 (2), pp. 117-123.
- Denman, C., A. Escobar, C. Infante, F. J. Mercado y L. Robles, coords. (1993), *familia, salud y sociedad. Experiencias de investigación en México*, Universidad de Guadalajara-Instituto Nacional de Salud Pública-CIESAS-El Colegio de Sonora, Guadalajara.
- De Roux, G., D. Pedersen, P. Pons y H. Pracilio (1990), «Participación social y sistemas de salud», en J. M. Paganini y R. Capote Mir, eds., *Los sistemas locales de salud. Concéptos-métodos-experiencias*, Organización Panamericana de Salud (Pub. Científica 519), Washington.
- Domínguez-Alcón, C. (1998), «Familia, cuidados informales y políticas de vejez», apéndice a la edición en castellano de Ángela Simon y Linda Compton (1996), *Enfermería y gerontología. Adaptación al proceso de envejecimiento*, McGraw-Hill Interamericana, México.
- Eisenberg, L. (1977), «Disease and Illness», *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1, pp. 9-23.
- Eisenberg, D. M., R. Kessler, C. Foster, F. E. Norlock, D. R. Calkins y T. L. Delbanco (1993), Unconventional medicine in the United States. Prevalence, costs, and patterns of use, *New England Journal of Medicine*, 328, pp. 246-52.
- Fabrega, H. (1978), «Ethnomedicine and medical science», *Medical Anthropology*, 2 (2), pp. 11-24.
- Finch, J. (1989), *Family Obligations and Social Change*, Polity Press, Londres.
- Foucault, M. (1990) [1974], «Historia de la medicalización», en *La vida de los hombres infames*, La Piqueta, Madrid, pp. 121-152.
- (1986) [1976], *Historia de la sexualidad, vol. 1, La voluntad de saber*, Siglo XXI, México.
- (1990) [1978], «Incorporación del hospital a la tecnología moderna», en *La vida de los hombres infames*, La Piqueta, Madrid, pp. 153-173.
- Franks, P., T. L. Campbell y C. G. Shields (1992), «Social relationships and health: the relative roles of family functioning and social support», *Social Science & Medicine*, 34 (7), pp. 779-788.
- Freidson, E. (1978) [1970], *La profesión médica*, Península, Barcelona.
- Gadamer, H. G. (1996) [1993], *El estado oculto de la salud*, Gedisa, Barcelona.

- Giddens, A. (1991), *Modernity and Self-identity. Self and Society in the Late Modern Age*, Polity Press, Cambridge.
- Goffman, E. (1981) [1951], *Internados*, Amorrortu, Buenos Aires.
- González Chévez, L. (1998), *El pulso de la sobrevivencia. Estrategias de atención para la salud en un colectivo de mujeres del subproletariado urbano*, Tesis doctoral, Universidad de Barcelona, Programa de Doctorado en Ciencias Sociales y Salud, Barcelona.
- González de la Rocha, M. (1986), *Los recursos de la pobreza. Familias de bajos ingresos en Guadalajara*, Secretaría de Programación y Presupuesto-CIESAS, Guadalajara.
- Good B. y M. J. Del Vecchio-Good (1981), «The meaning of symptoms: a cultural hermeneutic model for medical practice», en L. Eisenberg y A. Kleinman, eds., *The Relevance of Social Science to Medicine*, Reidel, Dordrecht, pp. 165-196.
- Gottlieb, B. H. (1983), *Social Support Strategies: Guideliness for Mental Health*, Sage, Londres.
- Gouldner, A. (1979), *La sociología actual: renovación y crítica*, Alianza, Madrid.
- Gracia, D. (1980), «Práctica mesiánica y asistencia al enfermo», en A. Albarracín, J. M. López y L. Sánchez Granjel, eds., *Medicina e historia*, Universidad Complutense, Madrid, pp. 355-387.
- Gracia Fuster, E. (1997), *El apoyo social en la intervención comunitaria*, Paidós, Barcelona.
- Graham, H. (1984), *Women, Health and the Family*, Harvester Press, Brighton.
- Haro, J. A. y B. de Keijzer, eds. (1998), *Participación comunitaria en salud. Evaluación de experiencias y retos para el futuro*, El Colegio de Sonora-Organización Panamericana de Salud, Hermosillo.
- Haro, J. A., B. Lara, M. Palacios, V. Salazar y P. Salido (1998), *El sistema local de salud Guarijío-Makurawe. Un modelo para construir*, El Colegio de Sonora-Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo-Consejo Nacional para la Cultura y las Artes-Universidad de Sonora-Prodossep Instituto Nacional Indigenista, Hermosillo.
- Hatch, S. y I. Kickbusch (1983), *Self-help and health in Europe. New Approaches in Health Care*, Organización Mundial de la Salud, Copenhague.
- Haugh, M. R. (1990), «The interplay of formal and informal health care: theoretical issues and research needs», *Advances in Medical Sociology*, 1, pp. 207-231.
- Herrera, M. (1998), «Los sistemas de protección social en Europa», *Revista Española de Investigaciones Sociales*, 21, pp. 33-71.

- Igun, U. A. (1979), «Stages in health seeking: a descriptive model», *Social Science & Medicine*, 13A, pp. 4-16.
- Illich, I. (1981) [1976], *Némesis médica*, Joaquín Mortiz, México.
- Johansson, M., U. Sätterlund, R. Säljö y K. Svärdsudd (1995), «Lifestyle in primary health care discourse», *Social Science & Medicine*, 40 (3), pp. 339-348.
- Katz, A. H. y E. T. Bender (1976), *The Strength in Use. Self-help Groups in the Modern World*, New Viewpoint, Nueva York.
- Kelly, J. G. (1966), «The mental health agent in the urban community», *American Psychologist*, 21, pp. 535-539.
- Kleinman, A. (1980), *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine and Psychiatry*, University of California Press, Berkeley.
- (1995), *Writing at the Margin. Discourse Between Anthropology and Medicine*, University of California Press, Berkeley.
- Kropotkin, P. (1970) [1902], *El apoyo mutuo: un factor en la evolución*, Madre Tierra, Móstoles.
- Laurell, A. C., A. Blando y A. Heredia (1977), «El desarrollo urbano y los patrones de consumo de productos farmacéuticos», *Salud Pública de México*, 19, pp. 397-410.
- Lerner, B. H. (1997), «From careless consumptives to recalcitrant patients: the historical construction on noncompliance», *Social Science & Medicine*, 45 (9), pp. 1.423-1.431.
- Levin, L. y E. Idler (1983), «Self care in health», *Annual Review of Public Health*, 4, pp. 181-201.
- Levi-Strauss, C. (1980) [1958], *Antropología estructural*, EUDEBA, Buenos Aires.
- Lewis, O. (1968), *Antropología de la pobreza*, Fondo de Cultura Económica, México.
- Litman, T. J. (1974), «The family as a basic unit in health and medical care: a social behavioural overview», *Social Science & Medicine*, 8, pp. 495-512.
- Logan, K. (1988), «“Casi como doctor”: Pharmacist and their Clients in a Mexican Urban Context», en S. Van der Geest y S. R. Whyte, eds., *The Context of Medicines in Developing Countries*, Kluwer, Dordrecht, pp. 107-130.
- Lomnitz, L. (1975), *Como sobreviven los marginados*, Siglo XXI, México.
- Lupton, D. (1997), «Consumerism, reflexivity and the medical encounter», *Social Science & Medicine*, 45 (3), pp. 373-381.
- Martin, P. A. (1983), *Community Participation in Primary Health Care*, American Public Health Association, Washington.

- Martínez Hernández, A. y J. M.<sup>a</sup> Comelles (1994), «La medicina popular. ¿Los límites culturales del modelo médico?», *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, 39 (2), pp. 109-136.
- Martino, E. de (1999) [1961], *La tierra del remordimiento*, Bellaterra, Barcelona.
- Mc Kinlay, J. B. (1981), «Social network influences on morbid episodes and the career of help seeking», en L. Eisenberg y A. Kleinman, eds., *The Relevance of Social Science to Medicine*, Reidel, Dordrecht.
- Mechanic, D. (1962), «The concept of illness behaviour», *Journal of Chronic Diseases*, 15 (2), pp. 189-194.
- Menéndez, E. L. (1984a), *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*, CIESAS, México.
- (1984b), «El modelo médico hegemónico, transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud», *Arxiu d'Etnografia de Catalunya* 3, pp. 83-119.
- (1990a), *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*, Alianza-Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, México.
- (1990b), *Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*, CIESAS, México.
- (1992), «Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención. Del teoricismo al movimiento continuo», *Cuadernos Médico-Sociales*, 59, pp. 3-18.
- (1993), «Autoatención y participación social: estrategias o instrumentos en las políticas sanitarias», en C. Roersch, J. M. Tavares de Andrade y E. L. Menéndez, eds., *Medicina tradicional 500 años después. Historia y consecuencias actuales*, Instituto de Medicina Dominicana, Santo Domingo, pp. 61-104.
- Millán, R., comp. (1994), *Solidaridad y producción informal de recursos*, UNAM, México.
- Ministerio de Salud-Instituto Nacional de Estadística (1986), *Encuesta Nacional de Nutrición y Salud*, Lima, Ministerio de Salud.
- Módena, M. E. (1990), *Madres, médicos y curanderos. Diferencia cultural e identidad ideológica*, CIESAS, México.
- Munné, F. (1995), *La interacción social. Teorías y ámbitos*, PPU, Barcelona.
- Murphy, L. R. (1991), *Enter the Physician. The Transformation of Domestic Medicine 1760-1860*, University of Alabama, Montgomery.
- Navarro, V. (1988), «Professional dominance or proletarianization?, neither», *The Milbank Quarterly* 66 (2), pp. 57-75.
- Osorio, R. M. (1995), «La cultura médica materna en la atención a la salud materno-infantil», en P. Ravelo, S. Pérez-Gil y J. C. Ramírez, coords., *Género y salud femenina. Experiencias de investigación en México*, CIESAS-INNSZ-Universidad de Guadalajara, México, pp. 45-64.

- PAHO (1978), *Special Meeting of Ministers of Health of the Americas, Washington D.C. 26-27 of September, 1978*, Panamerican Health Organization, Washington.
- Parsons, T. (1984) [1951], «Estructura social y proceso dinámico: el caso de la práctica médica moderna», en *El sistema social*, Alianza, Madrid, pp. 399-444.
- Pedersen, D. (1988), «Curanderos, divinidades, santos y doctores. Elementos para el análisis de los sistemas médicos», en VV.AA., *Trabajos del II Congreso Internacional de Medicinas Tradicionales*, II Congreso Internacional de Medicinas Tradicionales, Lima, pp. 95-114.
- Perdiguero, E. (1991), *Los tratados de la medicina doméstica en la España de la Ilustración*, Tesis de doctorado, Universidad de Alicante, Alicante.
- Pitré, G. (1886), *Medicina popolare siciliana*, Biblioteca delle Tradizioni Popolari Siciliani, Palermo.
- Pizurki, H., A. Mejía, I. Butter y L. Ewart, coords. (1988), *Función de las mujeres en la asistencia sanitaria*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.
- Polgar, S. (1962), «Health and human behavior. Areas of interest common to the social and medical sciences», *Current Anthropology*, 3 (2), pp. 159-205.
- Porter, D. (1999), *Health, Civilization and the State*, Routledge, Londres.
- Prat i Carós, J. (1984), «Reflexions entorn de l'eficacia simbólica a l'Occident cristià», en J. M.<sup>a</sup> Comelles, comp., *Antropologia i salut*, Fundació Caixa de Pensions, Barcelona, pp. 71-100.
- Press, I. (1980), «Problems in the definition and classification of medical systems», *Social Science & Medicine*, 14B, pp. 45-57.
- Rodríguez, J. A. y M. Guillén (1992), «Organizaciones y profesiones en la sociedad contemporánea», *Revista Española de Investigaciones Sociales*, 59, pp. 9-18.
- Rodríguez, J., S. Vandale, D. López, B. L. Yañez y J. Meljiem (1979), «Tratamientos no médicos de la enfermedad en el medio rural mexicano. Estudio en los usuarios de un centro de salud C en el estado de Morelos», *Salud Pública de México*, 21 (1), pp. 13-30.
- Rosen, G. (1985) [1974], *De la policía médica a la medicina social*, Siglo XXI, México.
- Schmit, D. (1978), «The family as the unit of medical care», *The Journal of Medical Practice*, 2, pp. 303-313.
- Schmitt, J. C. (1992) [1988], *Historia de la superstición*, Crítica, Barcelona.
- Sendrail, M. (1983) [1980], *Historia cultural de la enfermedad*, Espasa-Calpe, Madrid.

- Seppilli, T. (1983), «La medicina popolare in Italia: avvio a una nuova fase della ricerca e del dibattito», *La Ricerca Folklorica*, 8, pp. 3-6.
- Solsona, M., ed. (1996), *Desigualdades de género en los viejos y nuevos hogares*, Instituto de la Mujer, Madrid.
- Southon, G. y J. Braithwaite (1998), «The end of professionalism?», *Social Science & Medicine*, 46 (1), pp. 23-28.
- Starr, P. (1982), *The Social Transformation of American Medicine. The Rise of a Sovereign Profession and the Making of a Vast Industry*, Basic Books, Nueva York.
- Stengers, I. (1999), «Le médecin et le charlatan», en T. Nathan y I. Stengers, *Médecins et sorciers*, Institut d'Édition Sanofi-Synthélabo, París, pp. 115-161.
- Suchman, E. (1965), «Social patterns of illness and medical care», *Journal of Health and Human Behaviour*, 6, pp. 2-16.
- Swaan, A. de (1992) [1988], *A cargo del Estado*, Pomares-Corredor, Barcelona.
- Twaddle, A. (1981), «Sickness and the sickness career: some implications», en L. Eisenberg y A. Kleinman, eds., *The Relevance of Social Science to Medicine*, Reidel, Dordrecht, pp. 111-133.
- Ugalde, A. (1985), «Ideological dimensions of community participation in Latin American programs», *Social Science & Medicine*, 21 (1), pp. 41-53.
- Waitzkin, H. B. (1983), *The Second Sickness. The Contradictions of Capitalist Health Care*, Free Press, Nueva York.
- Weil, G. (1965), «The nature right of self-medication», *Ann NY Acad Sci*, 120 (2), pp. 985-989.
- Williams, S. J. y M. Calnan (1996) «The limits of medicalization?: modern medicine and the lay populace in "late" modernity», *Social Science & Medicine* 42 (12), pp. 1.609-1.620.
- Young, A. (1982), «The anthropologies of illness and sickness», *Annual Review of Anthropology*, 11, pp. 257-283.
- Young, J. C. (1980), «A model of illness treatment decisions in a Tarascan town», *American Ethnologist*, 7 (1), pp. 106-131.
- Young, J. C. y L. Young-Garro (1982), «Variations in the choice of treatment in two mexican communities», *Social Science & Medicine*, 16 (16), pp. 1.453-1.465.
- Zola, I. K. (1966), «Culture and symptoms: an analysis of patients presenting complaints», *American Sociological Review*, 31, pp. 615-630.