

Sergio Arouca(2008),
El dilema preventivista.
Contribuciones a la comprensión y crítica
de la medicina preventiva,
Colección Salud Colectiva,
Buenos Aires,
Lugar editorial,
247 pp.

Por lo general se reseñan los libros recién publicados o de hace pocos años. *El dilema preventivista* se editó en portugués en 2003 y en español en 2008, y debido a su relevancia y oportunidad en la discusión sobre el tema, consideramos importante presentar y promover su lectura. Una justificación más es que en la red sólo encontramos una descripción breve de la obra, a pesar de las aportaciones teóricas y metodológicas al debate sobre la medicina preventiva en México, tanto del autor, como de sus comentaristas.

El dilema preventivista es producto de la tesis doctoral de Sergio Arouca, presentada en 1975, y fue un parteaguas en el discurso preventivista en América Latina por varios motivos, ya que él dio cuenta de las limitaciones conceptuales y metodológicas de las ciencias médicas para acercarse a su objeto de estudio, la medicina preventiva, y amplió su marco teórico, que parte del pensamiento marxista, para tomar de Michel Foucault, Louis Althusser, Antonio Gramsci y Pierre Bourdieu, entre otros, herramientas conceptuales que se tornan críticas hacia el liberalismo e individualismo de la concepción hegemónica de medicina preventiva. Su propuesta

buscó un discurso y una visión nuevos de la medicina preventiva y del proceso salud-enfermedad-atención (S-E-A), que se abriera a las dimensiones sociales, culturales, económicas y políticas de la práctica médica.

El doctor Arouca rebasó la formación curricular tradicional de las ciencias médicas. Cuando terminó la tesis que dio origen a este libro, ésta permaneció archivada por un año, ya que sus docentes consideraron que no era “políticamente correcta” en el Brasil de esa década, que estaba bajo el yugo de una dictadura militar.

El dilema *preventivista* se presenta con una modalidad que pretende refrescar el tema planteado por el autor; al final de cada capítulo se incluye un comentario, lo que le agrega relevancia y oportunidad a lo que en la actualidad se discute, se implementa y se perfila en un futuro para la medicina preventiva en América Latina. Por ejemplo, el de Testa Tambellini señala que la publicación de este trabajo tiene significados importantes, porque fue “una victoria de los profesores de medicina preventiva resistentes/opositores a la dictadura [...] [y] también es una victoria personal del autor contra la auto represión y el miedo que siempre acompañan los procesos represivos del poder dictatorial del Estado” (p. 48). Arouca se calificaba como un intelectual inquieto y revolucionario, gran pensador y reformador; contribuyó a la reforma sanitaria y a la creación del Sistema Único de Salud, en Brasil; su influencia aún pervive en la formación de nuevos recursos en salud y en la manera de pensar la medicina.

El libro está estructurado en siete capítulos; en la Introducción, el autor se posiciona en relación con su objeto de estudio: la medicina preventiva. En el II describe la “Metodología”. El III aborda el análisis sociohistórico del “Surgimiento de la medicina preventiva”. En el IV, “Conceptos básicos”, se analiza la construcción y adjetivación de la medicina como preventiva. Para el capítulo V, “Conceptos estratégicos”, se agregan conceptos como integración, inculcación y resistencia. El VI, “Reglas de la formación discursiva”, visibiliza la reproducción de las formas dominantes de la medicina y en el último, “Medicina preventiva y sociedad”, el cuidado médico es conceptualizado como producto de trabajo inmerso en relaciones sociales.

El objetivo principal de la obra es la construcción de una teoría social de la medicina como práctica social; el autor parte de estudiar el discurso preventivista, a través de la construcción del esquema conceptual del mismo, teniendo como marco teórico la metodología arqueológica propuesta por Foucault. Retoma de Althusser y su fundamentado análisis marxista, aportes que utiliza sobre todo al analizar las reglas internas de la formación discursiva y de las relaciones con las instancias no discursivas. Estos dos autores son los pilares teóricos de la obra, pero al mismo tiempo Arouca los rebasa pues lleva su discusión al análisis sistematizado de la institucionalización del discurso preventivista. El sistema arqueológico propuesto por Foucault, le posibilita analizar tanto las relaciones que se establecen en la práctica médica, como el modo de producción discursiva y la ideología que se articula en la misma práctica, escindida entre curación y prevención.

El autor parte de reconocer la salud/enfermedad como un proceso complejo, materializado para el personal de salud en la atención médica, a la que otorga el mismo valor que al proceso S-E-A, y la objetiva a través de conductas sistematizadas para el diagnóstico, prevención, tratamiento (terapéutica) y rehabilitación. Él utiliza la dimensión histórica para analizar la complejidad del proceso S-E-A, lo que coincide con lo que plantea la antropología médica, respecto a la conceptualización constructivista de la práctica médica, para entenderla como parte de un proceso en continuum, vivenciado en la cotidianeidad por cada individuo o grupo social, mediante la articulación de diversos modelos de atención (Menéndez 2003), y estrategias de prevención, con significaciones inmersas en las relaciones sociales y culturales de los sujetos y sus padecimientos (Ibid.).

Arouca inicia su argumentación con un breve recorrido de la medicina preventiva, a través de sus concepciones sociohistóricas, retoma de Foucault el peso del contexto social, —y también histórico—, en la racionalidad del concepto, bajo la premisa de que “la historia de la ciencia es, básicamente, la historia de las ideas y de que éstas encuentran su especificidad en la relación que poseen con la estructura social que las generó y permitió su aparición” (p. 32). Su análisis mueve a la reflexión, en la misma línea de Menéndez (1999), al mostrar cómo todo concepto tiene procesos de

“invención-desgaste, uso-desuso, significaciones-resignificaciones y deconstrucciones-construcciones”, historia conceptual que es importante, no sólo para superar negaciones y olvidos, sino para recordar que son aproximaciones a la realidad, que tratan de “interpretar, explicar, dar cuenta de un problema planteado” (Ibid., 148).

Asimismo, muestra que la medicina preventiva contemporánea establece una nueva articulación con la sociedad, a partir de la revolución industrial, pero carece de una identidad, al debatirse discursivamente entre “conductas preventivas” y “medicina preventiva”. La disertación también incluye un análisis del paso conceptual de higiene a medicina preventiva y de la división de la medicina en curativa y preventiva, critica de esta última el énfasis en la responsabilidad individual y familiar. Rescata de Ríos (1965, citado por Arouca 2008), las aseveraciones de que la visión biológica no agota la problemática médica del ser humano, y la necesidad insoslayable de dar un valor positivo y no sólo negativo (enfermedad) a la salud. Problematisa la formación curricular de la medicina, que privilegia la curación sobre la prevención, lo que lleva a tener más conocimientos sobre las enfermedades que sobre la salud, siendo que ésta es su objetivo principal, y donde confluye una serie de determinantes sociohistóricos que terminan justo en la generación de enfermedades.

Arouca comparte con Gómez (1964, citado por Arouca 2008), su visión de la medicina preventiva, como una estrategia para transformar la práctica médica centrada en la curación. La medicina preventiva se constituye –de acuerdo con el autor–, en un movimiento ideológico que posibilita, a través de un “cuerpo coherente de ideas”, criticar la ideología de la medicina curativa y sus limitaciones, entre las que señala: su atomización y centralidad en el diagnóstico y la curación, que ubica como un asunto secundario la prevención y la rehabilitación; su ineficiencia y costo elevado; el alto grado de especialización y compartamentalización del conocimiento médico, con la consecuente pérdida de integridad; el enfoque eminentemente biológico, que soslaya o excluye dimensiones sociales, culturales y psicológicas y su contexto e interés individualista. Cabe agregar aquí un problema, comentado por Arredondo (1992), como concomitante a la gran especialización, que fragmenta la medicina y es

que aun cuando se aborde un mismo objeto de estudio, se le observa fragmentándolo, con un alto costo intelectual-social.

Los principales teóricos del movimiento ideológico de la medicina preventiva, —de acuerdo a Arouca—, fueron Hugo Rodean Leavell y E. Gurney Clark, cuyo aporte primordial fue el de la historia natural de la enfermedad y la interacción agente-huésped-medio ambiente. Sin embargo, este modelo tiene algunas desventajas, porque no contempla el “peso específico” de cada uno de estos elementos (Arredondo 1992). Además, su énfasis sigue siendo biológico e individualista, y soslaya que el proceso S-E-A es dinámico, está inmerso en relaciones sociales y es cultural. Para Arouca, si bien la medicina preventiva es una “nueva actitud”, no es un conocimiento o un saber nuevo, por eso rescata de *El nacimiento de la clínica*, de Foucault (1966, citado por Arouca, 2008), la historicidad del concepto, de su estructura, origen y justificación, e invita a no olvidar que las medidas preventivas pueden tener “caducidad”.

La medicina preventiva promueve “una reorganización del discurso médico”, que intencionalmente incide en algún punto de la enfermedad, pero que instaura una totalidad. Por fuerza, el ser humano, en algún momento de su vida, tiene un “encuentro” con una “historia natural” de alguna enfermedad. El problema es que la medicina preventiva queda como “posibilidad”, al estar ausente en la práctica médica cotidiana; este conocimiento, al no ser incorporado, termina siendo discriminado por el saber médico, así como en la organización e institucionalización de lugares, espacios, significados y sujetos, que hicieran de la actitud preventiva una praxis, y aquí entra el espacio de la educación médica.

De manera que la medicina preventiva debe concebirse como un “centro polarizador de disciplinas no tradicionales en la medicina”, como la sociología médica o las ciencias de la conducta; su discurso entonces se torna conflictivo y crítico para el hegemónico. A la par, había que considerar que la visión de medicina preventiva posterior a la Segunda Guerra Mundial, fomentada, proyectada y patrocinada desde Estados Unidos tenía la finalidad de prevenir conflictos sociales, bajo la “propuesta de una medicina preventiva liberal, privada y apta para [...] actuar bajo la lente de la Historia natural de la enfermedad de Leavell y Clark” (p. 49).

En EE UU, la Asociación Médica había limitado la visión más social de la medicina y los esfuerzos por reducir el costo de la atención, lo que redundaría en la pérdida de sus privilegios económicos. Sin resolver estos asuntos, en los países dependientes (o periféricos) se introduce el discurso preventivista, asociado a otros conceptos como desarrollo y subdesarrollo, donde había que clasificar y organizar categorías contempladas como homogéneas (biológicas, económicas, sociales, culturales, étnicas, etcétera), como si “a partir de cualquier lugar, se [...] [moviera] la rueda del proceso social, en un movimiento ascendente, en espiral” (p. 120), reflejando el ascendente el “progreso y el desarrollo económico, en tanto el otro, con valores negativos, sería el círculo vicioso de la pobreza, la ignorancia y la enfermedad que llevaría y mantendría el subdesarrollo” (p. 120), visto a manera de fatalidad, donde “un país es pobre porque es pobre” (Nurske 1953, citado por Arouca, 120).

Una posición por demás ingenua es considerar que la práctica médica sería diferente cambiando la “actitud” del personal médico, como comenta Arouca, “es el mismo conocimiento, dentro de la misma estructura social y con la misma medicina” (p. 122), en sí mismo el discurso, proveniente de los organismos internacionales y de EE UU hacia América Latina, era estructurado y estructurante. Incluso, desde diversas aristas, era ajeno a la realidad latinoamericana, por lo que a pesar de los esfuerzos de los departamentos de medicina preventiva y académicos no había resultados concretos. La medicina preventiva, dice al autor, “mistifica lo social”, agotándose en el modelo de la historia natural de la enfermedad; el concepto mismo de medicina preventiva “se produce como un mito” (p. 166), según la creencia de que adjetivar la medicina es suficiente para transformar las prácticas, es decir, lo social queda vacío o al menos se oculta “la convivencia de varias teorías de lo social” (p. 166), y excluye las desigualdades sociales, al partir de una visión igualitaria de los sujetos, que obvia las dimensiones de clase, estrato económico, ciudadanía, etcétera.

Roberto Passos —uno de los comentaristas del libro—, al analizar el paso de la medicina preventiva a la promotora, se pregunta si el nuevo discurso de medicina “promotora” comparte conflictos parecidos a los que Arouca visualizó hace tres décadas en la medicina

“preventiva”, lo que lleva a enfatizar la necesaria reflexión de los adjetivos que se agregan a la medicina y las historias subterráneas que puede haber atrás de los discursos.

La tesis de Arouca contribuyó a que el discurso preventivista enfrentara proyectos alternativos, surgidos a partir de las carencias del régimen capitalista de Brasil. Conceptos como integración, que “privilegia la noción de sujeto, olvidando el mundo de las relaciones” (p. 179), o contacto, inculcación y resistencia en una imagen triangular: la inculcación desde la escuela de medicina llevaría al contacto para formar una “nueva actitud” del profesional médico, movimiento no exento de resistencias, entre otras cosas porque la escuela reproduce desigualdades sociales; y la educación, como forma de reproducción de relaciones sociales, actúa como un mecanismo de violencia simbólica (p. 185) —entendida de acuerdo a Bourdieu y Passeron—.

El cambio preconizado por el discurso preventivista, dice el autor, estaba exento de práctica política, que hiciera factible cambios en las relaciones sociales, su uso se relacionaba mejor con apaciguar a los “agentes de cambio”, en concordancia directa con la ideología de la modernidad y el desarrollo, como un proceso de “secularización” del conocimiento. Esto se liga a la historicidad de la medicina y contribuye a la autonomía del sector, tanto como a la neutralización de las relaciones sociales. Según un esquema evolutivo, la medicina preventiva, entendida como una norma para la educación y la práctica médica, se reproduce en la dinámica de la enfermedad y la familia, de la que surge la medicina comunitaria buscando objetivar la norma. Mientras tanto, desde Europa, la medicina social abría la posibilidad de disrupción de fronteras disciplinarias, incluyendo las de la medicina preventiva.

A la par, en el campo académico, se posiciona otro pensamiento para enfrentar no sólo la complejidad del proceso S-E-A, sino también la “crisis de la salud pública”: la salud colectiva, entendida como un “campo de prácticas científicas, teóricas y empíricas, multi y transdisciplinarias, y en el plano de la acción/intervención como un campo de prácticas multifacético (sociales/políticas/económicas/biotécnicas/educacionales), donde el cuidado es considerado un núcleo consistente” (p. 52). La medicina se adjetiva como

colectiva, para que no quede reducida a conductas o prácticas individuales, sino que se produzca y reproduzca en pensamiento y conciencia, con voluntad política para buscar la salud y no sólo la curación de las enfermedades.

La medicina preventiva se produce en el discurso, para reproducirse en la práctica y en la educación médica, bajo algunas formas predominantes, entre las que Arouca menciona: a) la reorganización del conocimiento, en términos de modelos como el de historia natural de la enfermedad; b) la combinación de epidemiología y estadística; c) la inclusión de experiencias cualitativas y d) la combinación de discursos de diversas disciplinas (p. 201).

Para conocer la manera en que se articulan medicina preventiva y sociedad en el discurso preventivista, Arouca selecciona como unidad de análisis el cuidado médico, entendido como “unidad de producción, de consumo [...] y de cambio”; se relaciona con valores vitales del ser humano y valores propios, que abarcan un conjunto de relaciones sociales. Visibilizar el cuidado médico, como proceso de trabajo, fue una de las aportaciones visionarias del autor; posibilita la comprensión de sus dimensiones, no exentas de tensiones, entre las que pueden mencionarse el manejo privado o estatal de la salud, y su mercantilización, la incorporación salarial de los profesionales de la medicina y la salud laboral, entre otras.

Esta materialidad de la medicina preventiva se sustenta en una práctica discursiva con “un espacio múltiple de formación de objetivos de convergencias discursivas” (p. 227), multidisciplinaria y compleja, es así mismo una práctica ideológica, en cuanto sistema de ideas a reproducirse en el personal de salud (estudiantes y docentes) para formar conciencia preventiva, y es también una práctica empírica experimental en tanto “intenta construir experimentalmente [...] nuevas formas de existencia de las individualidades” (p. 227). El problema es que la medicina preventiva no planteó una práctica teórica que le diera sustento ante la crisis de la medicina, ni una práctica política, que buscara transformar las relaciones sociales.

Entre las aportaciones de esta obra destacan el análisis del proceso sociohistórico de la medicina preventiva como disciplina, su configuración como un movimiento ideológico, el proyecto de cambio para la práctica médica, el trabajo de delimitación de la medicina

preventiva en relación con la salud pública y la medicina social, los conceptos básicos y estratégicos del discurso preventivista y el análisis crítico de ellos. Además, evidencia las contradicciones del discurso preventivista de su época, para plantear una nueva teoría social en salud, más acorde a la realidad latinoamericana, y muestra el gran aporte de las ciencias sociales a la salud.

Lucero Aída Juárez Herrera y Cairo^{*}
Ma. del Carmen Castro Vásquez^{**}

Bibliografía

Arredondo, Armando. 1992. Análisis y reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud-enfermedad. *Cad. Saúde Pub* 8 (3): 254-261.

Menéndez, Eduardo. 2003. Modelos de Atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Saúde Colectiva* 8 (1): 185-207.

_____. 1999. Uso y desuso de conceptos. ¿Dónde quedaron los olvidos? *Alteridades* 9 (17): 147-164.

_____. 1998. Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios Sociológicos* XVI (46): 36-47.

* Estudiante del doctorado en ciencias sociales, generación 2012-2015 de El Colegio de Sonora. Hermosillo, Sonora, México, correo electrónico: ljuarez@posgrado.colson.edu.mx

** Profesora-investigadora del Centro de Estudios de Salud y Sociedad de El Colegio de Sonora. Hermosillo, Sonora, México, correo electrónico: ccastro@colson.edu.mx