

México: algunos aspectos de terapias preventivas populares

Carlos Miranda Videgaray

El artículo que presento es resultado de un acercamiento antropológico a poblaciones urbanas pertenecientes a los sectores medios y marginados en ocho estados mexicanos¹, que realizamos para la Secretaría de Salud en 1994. Esta investigación se llevó a cabo en forma paralela a la segunda Encuesta Nacional de Salud (ENSA-II), buscando profundizar en los significados que medían en los procesos de utilización de los diferentes servicios de salud a los que estos sectores sociales tienen acceso.

El objetivo central de la investigación fue identificar, en forma cualitativa, las modalidades y los determinantes socioculturales que intervienen en la utilización de los servicios de salud ofrecidos por la Secretaría de Salud (SSA), las instituciones de seguridad social (Instituto Mexicano del Seguro Social, ISSSTE, etcétera), la medicina privada y demás agentes de salud con injerencia en esta población (curanderos, médicos tradicionales en general, medicinas alternativas, etcétera).

Para la realización de este estudio, en cada una de las ciudades trabajadas se identificó a dos Áreas Geoestadísticas Básicas (AGEB) de nivel socioeconómico medio y dos de nivel bajo. En cada AGEB seleccionada se entrevistó, mediante la aplicación de una serie de entrevistas, a diferentes utilizadores que en los quince días previos a nuestra visita hubieran enfermado o utilizado algún servicio de salud. Éstos se organizaron en cuatro grupos, a saber:

-
1. Estos estados se organizaron por regiones, quedando de la siguiente manera: en la Región Norte las ciudades de Saltillo, Coah y Chihuahua, Chih.; en la Región Centro, las ciudades de Aguascalientes, Ags. y Morelia, Mich.; en la Región Sur, Mérida, Yuc. y Veracruz, Ver.; y las ciudades de Chilpancingo, Gro. y Pachuca, Hgo., como dos de los estados atendidos por el programa PASSPA (Programa de Apoyo a los Servicios de Salud a Población Abierta), de la Secretaría de Salud.

- a. Enfermos que durante los últimos quince días recibieron atención médica;
- b. Enfermos que no recibieron atención médica;
- c. No enfermos que recibieron atención médica (prevención); y
- d. Enfermos con padecimientos crónicos.

De esta manera se cubrieron 24 entrevistas por ciudad, haciendo un total de 48 entrevistas, distribuidas de la siguiente manera: 3 entrevistas por grupo, 12 entrevistas para cada sector social (medio y marginal), 24 entrevistas en cada ciudad y 48 por región.

Las entrevistas se aplicaron preferentemente a las mujeres, amas de casa, en virtud de que es en ellas en quienes recae, entre muchas otras, la responsabilidad de los cuidados de la salud de los miembros de la familia. Para la aplicación de estas entrevistas se emplearon guías que buscaban reconstruir la carrera del enfermo, la percepción de la calidad de los servicios y el costo de la atención médica.

Las entrevistas fueron procesadas mediante el programa de cómputo "Etnograph", que facilita el desarrollo de categorías de análisis y el manejo individual de la información por temas. Para efectos de la codificación de las entrevistas se diseñó un guión para orientar los temas que deberían analizarse por cada ciudad, contemplando la posibilidad de profundizar en aquellas categorías que, como producto de la codificación, emergieran enriqueciendo aún más el estudio. El procesamiento de la información permite hacer análisis comparativos a varios niveles: al interior de cada grupo, entre estratos de AGEB, entre población abierta y proveedores, y entre ciudades y regiones.

Paso, pues, a desarrollar los hallazgos obtenidos, aunque primero expondré el marco teórico.

Dentro de los conceptos de salud/enfermedad está presente un complejo sistema de valores simbólico/ideológico que explica la constitución y el desarrollo de los procesos vitales, al tiempo que condensa una cosmovisión culturalmente diferenciada alrededor de las percepciones de un grupo social dado, generadoras de particulares formas de pensamiento.

El estudio y conocimiento de este complejo simbólico nos acerca, en primer lugar, a un mayor entendimiento de un conjunto sistematizado de significados, ideas y creencias de una sociedad; en segundo lugar, permite el estudio de representaciones culturales y de la constitución y funcionamiento de las pautas terapéuticas, étnicas y populares, condensadas en lo que podemos llamar me-

*dicina popular*², desde la cual la enfermedad es atendida con recursos locales íntimamente vinculados con una tradición cultural.

En México hay diversas alternativas médicas además de la medicina científica, que se presenta como el modelo hegemónico de pensamiento sobre la salud. Alrededor de diez millones de habitantes, por lo menos, son practicantes de estas medicinas, caracterizadas por un conocimiento que se transmite generacionalmente de manera informal, por medio de la tradición oral. Estas alternativas presentan un fuerte apego a la herbolaria y a las prácticas mágico/religiosas y constituyen la base del pensamiento médico en las sociedades rurales y de tipo urbano-marginal, como son las poblaciones que se comprendieron para este estudio.

La oferta de los servicios de salud por parte de la medicina institucional debe evaluarse, entre otros aspectos (costos, trato, tiempos, etcétera), a partir los niveles de eficacia que ponderan en cada una de las poblaciones bajo estudio. Esto tiene que ver, necesariamente, con la realidad de los elementos que se articulan para producir o conservar la salud: alimentación, acceso a sistemas de agua potable y de drenaje, pero también, como ya lo ha señalado María Eugenia Módena, “implica una crítica ideológica al modelo médico y al sentido común que construye, difunde y percibe la idea de que los recursos para la salud son las instalaciones hospitalarias, los profesionales médicos y paramédicos, los Centros de Salud o el número de camas para internación. Estos recursos están dirigidos, fundamentalmente a combatir la enfermedad y, superficialmente, desarrollan algunas actividades destinadas a preservar la salud” (Módena 1990).

Para lograr obtener información más completa sobre los comportamientos, debemos partir de una secuencia lógica que es reproducida por las sociedades en torno a la salud. Nos referimos al camino que recorre el individuo desde el momento en que aparecen en él síntomas de malestar a causa de la presencia de alguna enfermedad o dolencia (carrera del enfermo).

¿Dónde es que enferman las personas? En el hogar, es ahí precisamente en donde comienza el camino para la recuperación de la salud. En el hogar es

-
2. Al hablar de medicina popular me refiero a las prácticas y los comportamientos que los diferentes grupos sociales adquieren ante la percepción de síntomas de enfermedad. Estas prácticas y comportamientos están destinados a realizar diagnósticos y, en su caso, administrar los primeros tratamientos, buscando así la recuperación de la salud. La práctica de la medicina popular se inicia con la percepción de síntomas (cualesquiera que estos sean) y puede involucrar, indistintamente, a las llamadas “medicina tradicional”, “medicina indígena”, “etnomedicina”, “medicina doméstica”, “medicina alópata”, etcétera.

donde aparecen los primeros diagnósticos que indicarán al paciente la terapéutica más recomendable para superar esta situación de crisis.

Frente a una enfermedad, todas las mujeres entrevistadas tienen la capacidad de realizar un diagnóstico preliminar personal y a los miembros de su familia; aceptan como normales ciertos niveles considerables de síntomas (se mencionó en todo momento como saludables a niños que sufrían toses periódicas). Es después de este diagnóstico que se resuelve acudir con el médico particular, con alguna institución de salud pública o de seguridad social, con algún médico tradicional o resolver el problema dentro del ámbito familiar (medicina doméstica). Generalmente, si se trata de enfermedades calificadas por ellos mismos como “graves” (que ya no sea posible trabajar, p.e.) se recurre a un médico (público o privado según sea la gravedad y la capacidad económica); si son enfermedades calificadas como “leves”, se atienden con medicina doméstica.

En esta carrera del enfermo, el universo terapéutico del cual echan mano, en un primer momento, es aquel que se enmarca dentro de la medicina doméstica. De esta manera, el enfermo comienza automedicándose hierbas, tés, infusiones o cierta medicina de patente que entra en el universo de los analgésicos y los antibióticos, principalmente; es este en realidad el primer nivel de atención dentro del proceso salud/enfermedad/salud. Al respecto, Zolla y sus colaboradores, en un estudio que realizaron sobre las principales causas de demanda de atención de la llamada medicina tradicional en México, señalaban cómo en las zonas campesinas las respuestas sociales a la enfermedad se realizan en tres grandes ámbitos que mantienen entre sí relaciones asimétricas: el de la medicina doméstica, el de la medicina tradicional y el de la medicina académica (Zolla y otros 1988). La propia OPS, por su parte, en un estudio sobre salud y culturas médicas tradicionales en América Latina, señalaba que

En estas sociedades, el medio familiar y en particular las madres, asumen un papel fundamental en la interpretación y manejo de la morbilidad simple a través del uso de medicamentos caseros o populares, procedimientos mágico-religiosos y prácticas laicas de atención que incluyen a veces el uso de medicamentos modernos y plantas medicinales. Estas redes familiares tienen, además, atribuciones de soporte psicológico y afectivo con efectos preventivos, atenuantes o terapéuticos frente a la enfermedad y se constituyen en el factor decisivo en la referencia o derivación del caso al médico, al curandero o a otro recurso del sistema de salud. (Ibíd.)

Las razones por las que el núcleo familiar posee gran importancia como primer nivel de atención son de diverso tipo, pues ahí se conjugan elementos del sistema de creencias tradicionales, de la estructura de los grupos domésticos,

de las formas de producción, del efecto de las migraciones masculinas temporales definitivas, etcétera, factores que determinan que sea en el hogar donde se busque la solución a las enfermedades (ibídem).

¿Qué sucede si en un determinado momento esta medicina doméstica es insuficiente? El individuo acude entonces a las diferentes opciones que existen fuera del entorno doméstico: el médico particular, el farmacéutico, las ofertas con que cuenta el Sector Salud, la seguridad social, los médicos tradicionales, la llamada “medicina alternativa”, etcétera. No olvidemos que dentro de las estructuras culturales construidas en torno a la salud subyacen sistemas taxonómicos perfectamente diferenciados, los cuales permiten plantear que para cada sociedad existe un conocimiento de lo que la enfermedad es y significa, en contraposición a la existencia de un estado de salud pleno. Por ello, aún y cuando en la información que presentamos aparezcan comportamientos similares para la utilización de las diferentes opciones de salud existentes en la comunidad, debemos manejarnos en todo momento con cautela para evitar dejarnos llevar por presuposiciones que nos conducen hacia hipótesis apresuradas, las cuales, al final de cuentas, solamente nos ilusionan con una visión de la problemática y distan mucho de la realidad.

Hablar de la salud, dentro de las estructuras organizativas de una sociedad compleja³ como lo es la nuestra, es hablar de dos vertientes que, pudiendo empatarse y desarrollarse de manera complementaria, lo hacen individualmente. Entre ambas, una de ellas busca imponerse siempre, negando la existencia de la otra. Nos referimos, por un lado, a la medicina institucionalizada y, por otro, a las prácticas terapéuticas que reproducen los individuos desde sus propias pautas culturales, condensadas dentro de particulares sistemas de valores, reproducidos desde el núcleo familiar a partir de normas morales que repercuten dentro y fuera de aquel (Bellato y Miranda 1994). Dicho sistema, al igual que el *ethos*, se adapta a los cambios socioeconómicos, políticos e

3. “El estudio antropológico de las sociedades complejas se justifica sobre todo por el hecho de que dichas sociedades no están tan organizadas ni tan estructuradas como sus portavoces quieren a veces hacernos creer. Si analizamos sus sistemas económicos, encontraremos en cualquiera de esas sociedades recursos esenciales para el sistema y las correspondientes organizaciones para su utilización, pero también recursos y organizaciones que, en el mejor de los casos, son suplementarios o totalmente marginales [...] Existen recursos políticos que son fundamentales para el funcionamiento del sistema y que éste tratará de mantener bajo su control, pero existen también recursos y organizaciones cuyo control directo resulta demasiado costoso o difícil y, en esos casos, el sistema cede su soberanía a otros grupos que compiten con él y a los que permite actuar en su seno” (WOLF 1980).

ideológicos que conforman las condiciones que delimitan su existencia, ya lo dice Geertz: *nuestras ideas, nuestros valores, nuestros actos y hasta nuestras emociones son [...] productos culturales elaborados desde nuestras propias tendencias, facultades y disposiciones, extendidos como una compleja serie de símbolos significativos* (Geertz 1987).

En este diagnóstico presentamos una panorámica sobre aquello que está sucediendo hoy en día en el rejuogo que surge entre la demanda y la utilización de servicios preventivos de salud, en los diferentes grupos sociales, y podemos comenzar diciendo que es desde la construcción cultural de su *ethos*⁴—el cual se funda en procesos biológicos, psicológicos y sociológicos— como la sociedad se manifiesta hacia el exterior en sus costumbres. Ese *ethos* conforma mecanismos de control como son los planes, las fórmulas, las recetas, las reglas, las instrucciones, etcétera, que gobiernan la conducta y actúan como sistemas organizadores de símbolos” (ibídem).

A partir de esta premisa, consideramos que los procesos de salud/enfermedad/salud son reproducidos de manera muy particular por las diferentes sociedades a que nos acercamos; reflejan el manejo de un complejo sistema de valores que tiene que ver, en efecto, con la salud y con la enfermedad, pero también (y esto nos parece lo más importante) con la idea particular que se tiene del propio cuerpo humano, de la vida y de la muerte, etcétera. La existencia de este saber se encarna en la vida cotidiana como la suma de conocimientos que utilizamos de un modo efectivo, de manera heterogénea, dentro de nuestra vida diaria.

Estamos hablando de que salud y enfermedad están inmersas en la vida cotidiana de los individuos; por ello debemos partir, precisamente, de entender y conocer cuáles son las pautas culturales reproducidas por la sociedad en torno a la salud, dentro de su cotidianidad.

Pero, ¿cómo es que se construye este saber cotidiano? ¿Quiénes son sus portadores y cuáles son los factores que determinan la medida de apropiación de este saber?

Dice Agnes Heller que el hombre, al nacer, se encuentra con un *ethos* objetivado. La internalización (para su apropiación y reproducción) se lleva a cabo por medio de las distintas etapas de la socialización “creando en la

4. Al hablar del *ethos* cultural nos referimos a las valoraciones y las normas de conducta moral que dotan de significado a la acción colectiva e individual de un sector dado de la población. El término *ethos* hace referencia al sentido cultural con el que se llevan a cabo impulsos y acciones sociales, quedando así inmerso en el comportamiento colectivo, como parte esencial de la cultura a la que da vida.

conciencia una abstracción progresiva que va de los roles y actitudes en particular, a los roles y actitudes en general” (Heller 1991). Ahora bien: todos somos portadores y mediadores de este saber, pero en cada sociedad existen algunas personas responsables de su transmisión. En sociedades “tradicionales”⁵ esta labor corresponde a los ancianos, a las mujeres o a los rezanderos y curanderos; en sociedades “complejas”⁶ como la nuestra, esta labor detentadora del saber recae en instituciones como la Iglesia, la escuela, los medios masivos de comunicación, el Estado mismo, etcétera. En ellas, dentro del proceso de adquisición de la racionalidad sobre sectores cada vez más amplios de la vida social, el imperativo de la racionalidad significa que la vida del individuo resulta estar cada vez más controlada, administrada, estandarizada. Exige, a su vez, cierto tipo de actitudes y procedimientos mentales como el cálculo, la planeación y el control precisos que permite (a las instituciones, al Estado, p.e.) modelar las estructuras de sentido y la cosmovisión de la sociedad, inhibiendo a su vez las instituciones y percepciones tradicionales de la realidad.

En términos de la salud, desde una perspectiva etnológica, cada sociedad contiene dentro de sus estructuras culturales su propia nosología o clasificación de enfermedades muy característica, “el alcance de las condiciones clasificadas como enfermedad y el número y las especies de enfermedades enlistadas cambian con la historia” (Ilich 1984)⁷. La nosología oficial o médica reconocida

-
5. En México, por sociedad tradicional se entiende, sobre todo, a las poblaciones rurales, campesinas, indígenas.
 6. Cuando hablamos de este tipo de sociedades hacemos referencia a la parte institucional y cultural del crecimiento económico en una situación de tecnología sofisticada (cfr. BERGER y LUCKMAN 1979).
 7. En el año 1993 se llevó a cabo el Primer Simposio Internacional de Cultura y Salud, en Colombia; en él, Duncan Pedersen concluyó en su ponencia “La construcción cultural de la salud y la enfermedad en América Latina”, entre otras muy interesantes observaciones, la siguiente: “Los científicos sociales y los antropólogos en particular, así como los que trabajan en el campo de la epidemiología social en América Latina, deben enfrentarse con un nuevo contexto y con un nuevo perfil de morbilidad entre los latinoamericanos. Este perfil está determinado por las crisis económicas y las políticas de ajuste estructural; el progresivo deterioro ambiental y el colapso de los servicios públicos; la denominada transición epidemiológica, a la par de la emergencia de nuevos problemas como el sida o la resurgencia de otros aparentemente separados, como el cólera y el dengue, los que van configurando una nueva agenda en la investigación de las relaciones entre la sociedad, la cultura y el fenómeno salud/enfermedad. El proceso de modernización de las sociedades tradicionales, la velocidad del cambio social, los avances y retrocesos del desarrollo económico y las transformaciones políticas del mundo contemporáneo conllevan cambios sustantivos en la epidemiología y en la economía de la salud” (PEDERSEN 1993).

en una sociedad dada puede estar desajustada (en nuestra sociedad es algo muy evidente e igualmente grave toda vez que somos una sociedad pluriétnica y pluricultural). Esta gravedad y esta evidente distancia se reflejan en el hecho de que dentro de las instituciones estatales de salud ya se estén comenzando a realizar estudios como el presente, mediante los cuales la oficialidad busca acortar las distancias entre unas y otras nosologías en un alto grado con respecto a la percepción de la enfermedad compartida por uno o varios sectores sociales. En nuestra sociedad la nosología se halla, casi en su totalidad, medicalizada: “La salud enferma que no ha recibido la etiqueta del médico se desecha como fingimiento e ilusión” (ibídem).

Las instituciones controlan el comportamiento estableciendo pautas definidas de antemano que las canalizan en una dirección determinada, en oposición a otras que podrían darse teóricamente. Los reglamentos, estatutos, códigos y normas hacen posible el mantenimiento de este orden institucional. Vale aquí recordar las palabras de Irvin Zola, citado por Ivan Ilich, en el sentido de que:

La medicina se está transformando en una de las principales instituciones de control social, afectando, si es que no incorporando, las instituciones más tradicionales de la religión y el derecho. Se está transformando en el nuevo depositario de la verdad, el lugar donde se emiten juicios absolutos y a menudo definitivos, de parte de expertos supuestamente neutrales desde un punto de vista moral y objetivo, en el nombre de la salud. (Ibídem.)

Sin embargo —y con esto quiero dejar este apartado para pasar a la prevención—, no debemos olvidar que (ya varios autores han comenzado a insistir en ello) existe una importante desigualdad ante la enfermedad que pone en desventaja a los sectores marginados de la sociedad. La enfermedad está relacionada, en todo momento, con las condiciones de vida y, en especial, con las condiciones higiénicas del espacio físico y de sus habitantes:

Las enfermedades siempre han estado presentes; pueden cambiar, transformarse; algunas, incluso, desaparecen para dar paso a otras nuevas. Sin embargo, la patología siempre será reflejo y resultado del ambiente y de las condiciones en que se vive [...] cuando la sombra del cólera se extendió en 1991 desde Sudamérica hasta México; al igual que en el pasado, se apoderó de los desamparados, causando angustia y desesperación (Márquez 1994).

UTILIZACIÓN DE SERVICIOS PREVENTIVOS

En las páginas anteriores hemos revisado una serie de conceptos y definiciones que nos permiten entender rápidamente cómo es que las sociedades construyen sus propias pautas culturales desarrollando dentro de ellas sistemas de valores

que van, podemos decir, “guiando” su comportamiento de frente a cada circunstancia. En las siguientes páginas trataré de describir el comportamiento reproducido por la población entrevistada, alrededor de las prácticas preventivas.

Es ya un lugar común hablar de la “falta de una cultura preventiva” entre los diferentes sectores de la población; sin embargo, me parece que esta cultura preventiva no solamente existe sino que es reproducida cotidianamente por la sociedad. Es una prevención que subyace a las diferentes concepciones culturales (es importante insistir en esto) que sobre salud y enfermedad se tienen, como un proceso que, junto con la búsqueda de ayuda, es impulsado por una serie de factores culturales, sociales y económicos. Las nociones de salud y enfermedad permiten encontrar particulares respuestas a los síntomas que se padecen; y estas respuestas serán, finalmente, las que indiquen el tipo de ayuda a buscar, así como las ventajas del tratamiento.

Como ya señalé al hablar de la metodología, se organizó a la población entrevistada en cuatro grandes grupos: enfermos que utilizaron algún servicio de salud, enfermos que no utilizaron, no enfermos que utilizaron y enfermos crónicos. A partir de la revisión de los materiales obtenidos, podemos encontrar dos comportamientos perfectamente distinguibles en torno a la prevención. El primero de ellos tiene que ver con los enfermos crónicos. Este tipo de padecimientos, como se sabe, a diferencia de las enfermedades agudas, que constituyen fenómenos discretos que dan lugar a conductas específicas para cada evento, se caracterizan precisamente por su permanencia en el tiempo. Esta característica hace aparecer a la prevención con matices muy particulares; sin embargo, me parece que existen algunas coincidencias que se revelan a partir del análisis del material recolectado, en particular el hecho de que ante este tipo de enfermedades la carrera del enfermo también está precedida por un intento de solución de la enfermedad, dentro del ámbito doméstico o a través de la automedicación, con un mayor beneficio que entre quienes padecen enfermedades agudas, ya que se trata de individuos que han visto, durante mucho tiempo, cómo analizan los médicos su padecimiento y cómo lo recetan.

Se trata de individuos que, por las características de su enfermedad, han asumido procesos de *medicalización* como respuesta a la idea de control que inculcan en ellos las instituciones de salud, reduciendo de manera considerable la influencia de la medicina doméstica en el seno familiar o dentro de su comunidad, que en otras circunstancias les proveía de consejos e implementaba medidas terapéuticas básicas, señalándoles el momento en que debían acercarse a otras opciones.

En otros casos, continuando con los enfermos crónicos, da la impresión de que, desde la perspectiva de los entrevistados, las diversas alternativas médicas son vividas como un todo integral, difícilmente diferenciable entre sí, por lo que resulta factible recurrir indistintamente a un médico alópata, a la medicina alternativa, a un huesero, etcétera (cfr. Castro y Loya 1994).

Pero sea como fuere, en uno y otro casos, la prevención entre los enfermos crónicos apunta, pues, hacia evitar la llegada de la muerte, a través del control del agravamiento de sus padecimientos.

Por otro lado, la prevención entre los tres grupos restantes se confunde más fácilmente con la automedicación –vista ésta por los médicos desde su acepción más negativa–. Esta situación, como bien lo ha señalado ya el antropólogo Eduardo Menéndez (1992), no debe ser encajonada dentro de juicios valorativos a favor o en contra. Por el contrario, detenernos a reflexionar sobre el particular nos invita a reconocer este tipo de prácticas como un fenómeno inclusivo que contiene, dentro de sí, diversas tradiciones culturales⁸.

Lo anterior nos muestra cómo el fenómeno de la automedicación no debe analizarse de manera aislada. No surge por generación espontánea, pero tampoco responde necesariamente a una condición de ignorancia por parte de quienes recurren a esta opción, lo cual solamente intenta colocar en desventaja, *galeno-céntricamente*, a quienes no lo miran así. Esta automedicación forma parte importante en los procesos de prevención de la enfermedad reportados por nuestros informantes. Medicina preventiva, sí, pero también automedicación, *prevención difusa y prevención positiva* son comportamientos que no deben descalificarse de manera sistemática y sí retomarlos para beneficio de la sociedad.

La promoción cada vez mayor de medicamentos que alivian el dolor y las molestias, a través de la televisión principalmente, ha servido para reafirmar la idea de que automedicación es igual a prevención; es decir, si bien no existe

8. En el mismo artículo, Menéndez hace una excelente revisión de las causas por las que la automedicación ha venido en aumento durante los últimos treinta años. Para él surge como una eventual respuesta popular a una serie de factores que tienen su origen en los años sesenta y que para Menéndez se resumen en: una crisis de la práctica médica; un creciente consumo de tranquilizantes, antidepresivos y drogas psicotrópicas (*drogadicción como forma de automedicación*); la expansión de la cobertura de los servicios de salud, promovida por la OMS, “lo cual condujo en numerosos contextos a la recuperación de las prácticas populares, incluidos los mecanismos de autoatención”; el surgimiento de movimientos sociales que, como en el caso del “movimiento feminista, expresaron el mayor radicalismo respecto de la reapropiación de la autoatención materno-infantil”; el cambio del perfil epidemiológico.

una cultura preventiva —por lo menos no en los términos que el sector salud busca implantar en la sociedad—, sí podemos decir que existe una muy particular noción de prevención de la enfermedad.

Los médicos entrevistados también coinciden en señalar que antes de la utilización de servicios de salud (públicos y/o privados), los individuos recurren al empleo de remedios caseros y a la automedicación (sobre todo de analgésicos y antibióticos), a partir de la orientación que reciben de las mujeres de su red social, como pueden ser la madre, la hermana o la esposa. Sea como fuere, en general existe la percepción de que los enfermos acuden por el servicio después de haber probado (y fracasado con) varias alternativas.

Es esta, pues, una estrategia mediante la cual la sociedad antes que no participar de una medicina preventiva, logra sobrellevar sus problemas de salud, ciertamente, a través de la automedicación pero como parte de una alternativa preventiva popular, que encaja perfectamente dentro de nuestra definición de lo que es la prevención difusa y que más adelante describiremos en detalle.

—¿Por qué cree usted que la gente se automedique?

—Pues tal vez hasta por la falta de información, de lo que es una enfermedad, y enseguida tal vez sea la falta de recursos, que a veces es más fácil ir a la farmacia y pedir un Mejoral o qué se yo, a tener que ir con el médico para que le dé un tratamiento especial (*médico particular, Chihuahua*⁹).

—¿Y qué hacen antes de llegar aquí?

—La mayoría se automedica, la mayoría de la gente se autorreceta.

—¿Por qué cree que pase esto? ¿Por qué cree que se da la automedicación?

—Bueno, la automedicación yo creo que se da básicamente porque la gente es de escasos recursos, y muchas veces acuden a la farmacia, o a la vecina, pero más que nada por bajos recursos, porque no tienen dinero para pagar una consulta con un médico, y acuden al farmacéutico (*médico SSA, Chihuahua*).

Las formas de explicación de la enfermedad dadas por los informantes difieren de aquella manejada por la medicina institucional, sobre todo debido a que las primeras conforman un conjunto estructurado de símbolos que denotan particulares cosmovisiones, desde las cuales se explica la enfermedad: “las creencias constituyen un modo coherente de hallar sentido a la enfermedad” (Fitzpatrick y otros 1990).

Según una definición de Fitzpatrick, la enfermedad “se refiere a todos los aspectos experienciales de trastorno corporal que son conformadas por factores

9. Chihuahua, Chilpancingo, Aguascalientes y Morelia son capitales de algunos de los estados que conforman la República Mexicana.

culturales que rigen la percepción, el nombre y la explicación de la experiencia desagradable” (ibídem).

Para Hernán de San Martín, el proceso de salud enfermedad atraviesa tres momentos fundamentales:

1. Comienza por un periodo imperceptible de incubación. En este momento el proceso ha comenzado; se ha activado sin que el individuo se percate de ello.
2. Continúa con la presencia de una serie de síntomas manifiestos de una u otra forma.
3. Finalmente, “la desadaptación provoca la reacción interna del organismo en tal forma que el proceso patológico interfiere con la función normal del organismo y aún con la vida del paciente” (San Martín 1984).

Nuestro autor continúa la explicación de este proceso, definiendo lo que para él es un individuo sano: “es aquél que muestra y demuestra una armonía física, mental y social con su ambiente [...] en tal forma que puede contribuir con su trabajo productivo y social al bienestar individual (familiar) y colectivo” (ibídem, paréntesis nuestro).

Finalmente, entre la población entrevistada, la enfermedad sigue a la ruptura de la armonía entre partes del cuerpo o entre el individuo y el medio. Para ellos el de salud-enfermedad es un proceso que tiene que ver más con el equilibrio de la energía del cuerpo y de éste en relación con su entorno.

—¿Cuándo sabes tú que estás enfermo?

—Pues depende, por reacciones físicas, ¿no? Cuando me siento mal es cuando tengo un malestar o cosas así; cuando me siento sano me siento con más energía, con más vitalidad¹⁰.

—¿Por qué piensas tú que te enfermaste de la gripa? ¿Fue por mucho trabajo, fue por calor o por frío o cuál fue la razón?

—Por el frío.

—¿Estaba haciendo mucho frío en esos días?

—Pero no se pone ningún suéter, así la verá en la noche en tiempo de fríos. Fíjese, el 24 fuimos al centro y se iba a ir sin suéter.

—¿Y usted cree que esa es la razón por la que ella se enfermó?

—Pues sí, es que también toma cosas muy frías.

—O sea que también por tomar cosas frías¹¹.

—Usted cuando se siente sana, ¿qué siente?

—Pues me siento sana, me siento a gusto [equilibrada].

10. Tomado de la entrevista N° CE048, Aguascalientes.

11. Tomado de la entrevista N° CE095, Aguascalientes.

-Y cuando está enferma, ¿qué siente?

-Tristeza, desilusión, dolor o sea me siento desilusionada, desesperada, no hallo ni qué hacer [desequilibrada]¹².

-¿Y usted a qué cree que se deba esto?

-Falta de educación, se ha venido mejorando pero todavía no es lo que se requiere, se necesita mucha educación, hacer más hincapié en la educación de la salud, porque en México en sí todavía no se echa mano de la educación primaria de salud, ya estamos en la siguiente etapa, curativa (*médico IMSS, Chilpancingo*).

La prevención entre la población bajo estudio se puede ubicar entre el segundo y tercer momentos descritos por San Martín, determinados ambos por dos principales nociones culturales reproducidas por los informantes. Esto tiene mucho que ver con la noción de *estar enfermo* y *caer enfermo*. Es muy frecuente escuchar entre nuestros informantes que, ante la presencia o la manifestación de una enfermedad dada es cuando comienza la prevención, buscando con ello evitar *caer enfermo*, es decir, no poder levantarse para trabajar. Antes de este momento mantienen un rango de tolerancia dentro del cual echan mano de sus propias estrategias preventivas que, por la ausencia de servicios médicos o por los costos que esto implica, generalmente, caen en el ámbito doméstico, familiar o de las farmacias.

-¿Y usted, qué piensa? ¿La gente llega a buscarlo ya cuando está muy enferma o se toman algún medicamento previo?

-También eso es falta de información, porque mucha gente está acostumbrada a la automedicación. Incluso el boticario o el farmacéutico, como le digamos, pues les receta, toma el lugar del médico, entonces cualquiera puede quitar un dolor de cabeza, pero hay que saber si ese dolor de cabeza es por un aspecto, un problema familiar, por ejemplo, o una hipertensión o unos parásitos, una anemia y él no profundiza, ahí está el error, le interesa dar la Aspirina y cree que hace un bien y el otro pospone su visita al médico.

-¿Eso es también un problema económico?

- Así es, pues es una ayuda que se puede utilizar (*médico IMSS, Aguascalientes*).

Como ya se ha comentado, la existencia de una prevención de tipo popular (si le podemos llamar así) se debe a factores culturales que influyen en las concepciones de lo que es *estar sano* y *estar enfermo*, y dentro de este último el *caer enfermo*. También debemos hacer notar hasta qué punto influye la situación económica en las actividades destinadas a la prevención de las enfermedades. No podemos soslayar este aspecto, máxime en un México convulsionado como el que estamos viviendo actualmente, en el que, a pesar de la opinión

12. Tomado de la entrevista N^o CE079, Aguascalientes.

de quienes están al frente de la política económica del país, el poder adquisitivo ha disminuido considerablemente, golpeando con más fuerza a los sectores más bajos de la sociedad.

Estar enfermo implica la presencia de elementos físicos internos y/o externos, a partir de los cuales es posible diagnosticar una enfermedad. Es decir, en términos de cultura popular, el primer momento del proceso salud-enfermedad a que hace referencia San Martín, esta incubación imperceptible, para nuestros informantes no existe, toda vez que no muestra síntomas aparentes que permitan evidenciar una situación patógena.

– ¿En qué etapa de la evolución de la enfermedad vienen sus pacientes? ¿Vienen cuando inicia o cuando ya la tienen avanzada?

–Generalmente vienen cuando ya está avanzada la enfermedad, y cuando ya se han automedicado la mayoría (*médico particular, Chihuahua*).

–Cuando vienen los pacientes, ¿en qué etapa de la enfermedad asisten? ¿Cuando empieza...?

–Sí, cuando empieza, bueno, por lo general más o menos vienen cuando ya está a la mitad, casi es muy raro que vengan al momento de su inicio de la enfermedad (*médico SSA, Chihuahua*).

– Y ¿en qué etapa de la evolución de la enfermedad ven a los pacientes, a los usuarios?

–Pues la mayoría de los pacientes que vienen es porque ya traen su padecimiento establecido, verdad [...] la mayoría de los pacientes que vienen es por que ya vienen con su enfermedad ya establecida ya casi nos traen el diagnóstico en la mano [...] (*médico SSA, Saltillo*).

–[...] Entonces desgraciadamente nuestra población, mucha gente que requiere de atención médica viene para evitar que las enfermedades hagan presa de ellos, las complicaciones de las mismas y bueno pues, hacer mucho más uso de la medicina preventiva que la curativa (*médico ISSSTE, Saltillo*).

– ¿Y usted sabe más o menos en qué grado de la evolución de la enfermedad acuden los enfermos, en qué estado de evolución acuden, si ellos vienen ya cuando está muy avanzado su padecimiento o vienen inmediatamente?

–No discrepa los parámetros a nivel nacional, aquí el paciente acude cuando ya está la enfermedad en evolución, todavía no se acostumbra a venir a usar la medicina preventiva (*médico IMSS, Chilpancingo*).

El *estar enfermo* es el momento para comenzar con los cuidados preventivos y evitar así *caer enfermo*, que vendría a ser el tercer momento señalado por San Martín, es decir, no poder levantarse de la cama para realizar las actividades cotidianas.

–Y a propósito de esto qué me comenta, doctor. En general, los pacientes ¿en qué etapa de la evolución de la enfermedad vienen a verlo?

–Bueno, la mayoría yo pienso que vienen al tercer día de su padecimiento, dos, tres días, el común denominador es que vengan en esa etapa, a los dos, tres días de que están enfermos,

hay unos que sí ya vienen cuando la enfermedad no es que de momento por decirle, una gripe, un cuadro gripal los aleje y los margine de sus labores cotidianas, ellos continúan laborando, pero si es una enfermedad que los margine, le impida realizar sus labores, acuden a los dos, tres días de su padecimiento

—O sea que antes no vienen... ¿Antes qué hacen, antes de que transcurran esos tres días, qué es lo que hacen para tratar su padecimiento?

—Bueno, generalmente, le repito, si no es un impedimento la enfermedad para realizar su labor cotidiana, pues toman remedios caseros, se automedican, es muy común en nuestro medio, se automedican y ya si ellos consideran que con lo que hicieron esos dos días anteriores a la visita al médico, ven que no tienen alguna mejoría, entonces ya vienen al médico pero antes yo pienso que se automedican, principalmente eso, se automedican o toman algún remedio casero que les indica la madre o algún familiar (*médico SSA, Pachuca*).

Por lo anterior, podemos decir que la prevención comienza con las primeras manifestaciones de una enfermedad dada. Es una prevención que se da desde una doble vertiente:

1. *Terapia preventiva difusa*. Inmersa en la vida cotidiana, se alimenta de la tradición; sus fronteras son, precisamente, difusas y permiten al individuo echar mano de una manera más ecléctica de las opciones con que cuenta a su alcance, incluida la prevención positiva.
2. *Terapia preventiva de tipo occidental*. Más apegada a la racionalidad occidental, “cuya configuración ha logrado liberarse de la aceptación emotiva e irreflexiva de las normas de la tradición, con sus ímpetus absolutos de integración y solidaridad comunitaria” (Aguillar 1988); sus fronteras se limitan a aquello estipulado por la medicina institucionalizada negando y descalificando a la primera.

La terapia preventiva difusa

Esta terapia incorpora a la terapia preventiva de tipo occidental y se enmarca dentro de las nociones de estar y caer enfermo. Comienza con las primeras manifestaciones de una enfermedad dada. En esta terapia preventiva se recurre a la medicina doméstica (tés, hierbas, infusiones varias, etcétera), a la automedicación¹³ (analgésicos, antibióticos, antihistamínicos) y/o a las medi-

13. Un comportamiento interesante que se observa a través de la lectura de las entrevistas, para ambas ciudades, es que la automedicación es entendida más como un camino eficaz dentro de la prevención. Este es un tema interesante que habrá que investigar más en detalle, vinculándolo con la influencia que la televisión, como una de las principales instituciones creadoras de ideología, de formas de comportamiento (además de la escuela y la iglesia) tiene sobre la población y desde la cual esta idea se ve reforzada cotidianamente.

cinas alternativas, indistintamente. Esta prevención difusa busca evitar que el individuo “caiga enfermo”, esto es, caer en la imposibilidad de contribuir con su trabajo al bienestar individual, familiar y colectivo.

–Cuando se enferma usted, ¿acude con frecuencia al doctor?

–No.

–¿Por qué?

–Tengo, digamos, hasta que me siento realmente mal acudo al doctor.

–¿Y cuándo siente que realmente ya está mal?

–Pues cuando, es decir, tengo un dolor tan agudo de estómago o que necesito una receta para las anginas o una cosa así que siento que de plano ya no puedo tocar o ya no puedo comer [...] pero por ejemplo, si siento un malestar, digamos leve, trato de dar con la experiencia de la vida, pues un té para el estómago o simplemente la famosa Aspirina para el dolor de cabeza y, bueno, como ya me he enfermado tantas veces de las vías respiratorias hasta ya sé que tratamiento darme ¿no?¹⁴.

–¿Y usted acude con frecuencia al doctor o se espera a que esté enferma?

–Más bien nunca lo frecuento.

–Entonces, ¿solamente va cuando está enferma?

–Sí.

–¿Cuándo sabe usted que está enferma o está sana?

–Pues sana, cuando mi rutina es normal; cuando me siento mal es cuando, pues, decaigo, que no tengo ganas de nada o estoy deprimida, se puede decir que cuando no tengo humor para nada¹⁵.

–Y cuando ve que no se cura en la casa, con los tecitos, ¿qué cosa hace?

–No pues, ya por ejemplo si se enferma en la noche y les veo la garganta, si andan malos del estómago, me voy antes de que les agarre bien la enfermedad, los prevengo ¿verdad?¹⁶.

–¿Algunas veces les da medicamento que no les mande el doctor o que ya en otras ocasiones se les recetó?

–Bueno, como por decir los que tienen tos o como diarrea pues les doy lo que tengo aquí.

–¿Y qué es lo que tiene en casa?

–Pues lo único que tengo ahorita es Metronidazol y Kaopectate.

–¿Y le funciona eso?

–Me funciona.

–¿Y remedios caseros?

–A veces sí.

–¿Como cuáles?

–Pues por decirle cuando tienen diarrea o vómito les coso laurel con chocolate y se los doy a tomar y ya se les quita el vómito.

14. Tomado de la entrevista N^o CE082, Aguascalientes.

15. Tomado de la entrevista N^o CE117, Morelia.

16. Tomado de la entrevista N^o CE066, Morelia.

—¿Y generalmente se cura en su casa o cómo le hace?

—Sí; casi por lo regular sí, en la casa. Les hago el intento con la medicina que yo tengo, ya si no les hace nada entonces los llevo con el médico o cuando se termina el medicamento que tengo aquí¹⁷.

La terapia preventiva de tipo occidental

Esta terapia hace referencia a una prevención más *racional*¹⁸ (positivista); excluye a la terapia preventiva difusa y busca mantener la salud evitando la aparición de enfermedades anticipándose, inclusive, al proceso de incubación de la enfermedad. Esta terapia preventiva, para la población entrevistada, se pone en práctica preferentemente para vacunación, salud materno-infantil y planificación familiar. En particular son los sectores medios, con un más alto nivel de escolaridad, con un mayor y más fácil acceso a los diferentes medios de comunicación (prensa, libros especializados, etcétera), con una situación económica más estable, más cómoda, con un apego más fortalecido hacia la medicina institucional y hacia la opinión médica, quienes sí podríamos decir que reproducen una *cultura de la prevención*, en estricto sentido médico: revisión médica cada determinado tiempo, revisión de las piezas dentales, revisiones ginecológicas, etcétera, lo que no aparece en las colonias populares.

La terapia preventiva de tipo occidental está inmersa en la institucionalización de la salud y sigue lo más fielmente posible los indicadores manejados por las instituciones de salud, que se ubican entre los puntos uno y dos del esquema de San Martín.

—¿Y qué hace usted por evitar que sus niños se enfermen?

—Pues curarlos lo más que pueda, atenderles cuando empiezan a enfermarse, llevarlos al doctor, darles la medicina como lo indica la receta y tener todos los cuidados que dice el doctor¹⁹.

17. Tomado de la entrevista N° CE037, Aguascalientes.

18. “El concepto histórico de racionalidad pretende representar el actuar dentro de una organización social que ya no descansa en normas substantivas derivadas de valores universalmente aceptados, sino en principios universales de cálculo acerca de las condiciones que hacen factible la realización de fines individuales o colectivos [...] El advenimiento de la cultura moderna, de la racionalidad formal-instrumental provoca —y también se expresa en— la descomposición de la unidad del mundo social en diferentes esferas de valor autónomas, incommensurables, conflictivas e irreconciliables: la religión, la ciencia, la erótica, la política, la estética...” (AGUILAR 1988).

19. Tomado de la entrevista N° CE066, Morelia.

- ¿Usted cree que es bueno hacer algo para evitar enfermarse?
- Pues, más que nada por los niños. ¿no?. como uno se puede cuidar pero los niños no...
- ¿Y qué prevención haría con los niños?
- ¡Ah! pues cuidarlos más. o sea es como uno, se nota luego luego en los ojos cuando uno está mal²⁰.

La terapia preventiva de tipo occidental incluye solamente las técnicas médicas aplicadas al individuo sano: prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación. Por el contrario, la terapia preventiva difusa abarcaría el diagnóstico, tratamiento (automedicación), rehabilitación y búsqueda de atención. Lo que para los médicos sería corrección y cura de una enfermedad, para la población bajo estudio es el comienzo de la utilización de remedios preventivos. Podemos decir que es desde este nivel que comienza a surgir este desencuentro entre médicos y utilizadores.

Para reforzar aún más nuestra propuesta, los médicos entrevistados coinciden en señalar que en las instituciones donde existen programas de prevención de la enfermedad, los programas se refieren principalmente a vacunación, distribución de sobres de rehidratación oral, cuidados dentales o al manejo de los brotes de enfermedades endémicas. En este sentido, coinciden en señalar a estos programas como un éxito pero, por otra parte, insisten en señalar que no existe una cultura de la prevención entre los usuarios y que es necesaria mucha más educación para solventar este problema²⁰.

Como se ve, la existencia de una “cultura de la prevención” se da, se reproduce y, en muchos casos, resulta. Aún más, esta prevención es el punto de partida para la búsqueda de atención, en caso de que la enfermedad no ceda a los remedios preventivos. Es el comienzo de una difícil carrera del enfermo.

CONCLUSIONES

1. Se puede decir que sí hay una inclinación a buscar ayuda médica, sobre todo para enfermedades catalogadas como graves; no así cuando se presentan síntomas definidos como normales dentro de las propias expectativas de salud relativamente bajas de cada sociedad.

Entre los sectores medios hay una mayor recurrencia a la medicina institucionalizada desde el momento en que se percibe una posible enfermedad (este sector requiere de la confirmación médica del evento, cosa que

20. Tomado de la entrevista N^o CE117, Morelia.

no es tan frecuente entre los sectores populares), hasta el seguimiento de consultas y tratamientos tras de los cuales vendrá, sin lugar a dudas, la recuperación del estado de salud.

2. El uso más frecuente de los servicios de prevención entre los sectores medios (quienes tienen ingresos más elevados) se explicó a través de creencias culturales que favorecen al valor de la medicina institucionalizada y a la prevención.
3. Hay evidencias de un permanente desencuentro entre el discurso médico y el discurso cotidiano (cultural) de la población entrevistada. Para los primeros (médicos) la prevención favorece la *no* enfermedad; para la población bajo estudio se inicia cuando se *está enfermo* y funciona para prevenir el *caer enfermo*. Este *desencuentro* podría explicar por qué en algunos casos definibles como *graves*, al no ser percibidos así por nuestros informantes, no acuden al servicio médico o, para la visión del médico, lo hacen tardíamente.
4. La automedicación se ve reforzada por las condiciones de pobreza en que viven amplios sectores de la población, pero también por la influencia que ejerce la cultura médica moderna a través de los medios masivos de comunicación, las consultas directas, etcétera.
5. La reticencia a visitar al médico se ve reforzada por factores que emanan directamente de los servicios de salud; un número importante de la población entrevistada manifiesta tener más quejas que reconocimientos respecto a este servicio. En particular predomina un sentimiento de desconfianza hacia los servicios, atribuida a una insuficiente capacidad técnica, así como a la falta de calidad en el trato humano que reciben en las instituciones de salud.
6. Es necesario buscar mecanismos de conciliación entre las opiniones de los médicos y de la propia población abierta, acerca de la prevención. La actual distancia existente entre ambos grupos no puede sino repercutir en perjuicio de quienes hacen uso de los servicios de salud y de la calidad del servicio que reciben.

21. Para mayor información véase el 2º Informe del Estudio Cualitativo sobre los Determinantes y Modalidades de la Utilización de los Servicios de Salud: El punto de vista de los prestadores de servicio, mecanoscrito, SSA, México, 1995.

Bibliografía

- BANTON, Michael (comp.)
1980 *Antropología de las sociedades complejas*, Madrid, Alianza Universidad.
- BELLATO, Liliana y Carlos MIRANDA
1995 "Embriología popular y aborto", en *Anthropologica* N° 12, Lima, Pontificia Universidad Católica del Perú.
- BERGER, Peter y Thomas LUCKMAN
1979 *La construcción social de la realidad*, Buenos Aires, Amorrortu Editores.
- CASTRO, R. y Marta LOYA
1994 "Informe de la región PASSPA", México.
- FITZPATRICK, R. y otros
1990 *La enfermedad como experiencia*, México, Fondo de Cultura Económica.
- GEERTZ, Clifford
1987 *La interpretación de las culturas*, México, Gedisa.
- HELLER, Agnes
1991 *Sociología de la vida cotidiana*, Barcelona, Ediciones Península, Serie Historia, Ciencia y Sociedad N° 144.
- ILLICH, Iván
1984 *Némesis Médica*, México, Joaquín Mortiz.
- MÁRQUEZ MORFÍN, Lourdes
1994 *La desigualdad ante la muerte en la ciudad de México. El tifo y el cólera*, México, Siglo XXI.
- MENÉNDEZ, E.
1992 "Autoatención y automedicación. Un sistema de transacciones sociales permanente", en *La antropología médica en México*, t. I., Roberto CAMPOS, coordinador, México, Antologías Universitarias, Instituto Mora.
- MÓDENA, María Eugenia
1990 *Madres, médicos y curanderos. Diferencia cultural e identidad ideológica*, México, Ed. La Casa Chata, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.
- PEDERSEN, Duncan
1993 "La construcción cultural de la salud y la enfermedad en América Latina", en *Cultura y salud en la construcción de las Américas. Reflexiones sobre el sujeto social*, Carlos A. PINZÓN, Rosa SUÁREZ y Gloria GARAY (comp.), Bogotá, Instituto Colombiano de Antropología y Cultura, y Comitato Internazionale Per lo Sviluppo del Popoli, 1993.
- WOLF, Eric
1980 "Relaciones de parentesco, de amistad y de patronazgo en las sociedades complejas", en *Antropología de las sociedades complejas*, Michael BANTON (comp.), Madrid, Alianza Universidad.
- ZOLLA, Carlos y otros
1988 *Medicina tradicional y enfermedad*, México, CIESS.