

**MEDICINA TRADICIONAL O MEDICINA CIENTIFICA.
HACIA UNA PRACTICA UNIFICADA DE LOS CONJUNTOS
SOCIALES**

Eduardo L. Menéndez *

I

**MEDICINA "TRADICIONAL" O PRACTICAS Y SABERES DE LOS CON-
JUNTOS SOCIALES**

Desde principios de la década del 70 se han venido incrementado a nivel internacional y en particular en México las discusiones sobre la denominada "Medicina Tradicional" (MT). En este trabajo nos proponemos analizar algunos problemas que implican dichas prácticas relacionándolas con la utilización que de ella puede hacerse por parte de los programas de atención primaria.

Considero que en la Argentina esta discusión está prácticamente ausente tanto en la Antropología como en el sector salud, y en gran medida ello ocurre debido a los estereotipos, a la carencia de precisión problemática, así como al defasaje histórico-cultural que nuestro país ha sufrido durante el pasado inmediato.

En consecuencia, consideramos importante iniciar una discusión teórica al respecto que arranque inclusive de los puntos más obvios para poder llegar a algunas conclusiones operativas.

La problemática de la "medicina tradicional" es referida casi unívocamente a un determinado universo demográfico, que estaría constituido por aquellos sectores que evidencian la menor cobertura institucional pública y respecto de los cuales dicha "medicina tradicional" constituiría un instrumento que contribuyera a proveer y/o a ampliar la

* Antropólogo y Maestro en Salud Pública. Jefe del Proyecto Antropología Médica del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. México.

cobertura institucional de los mismos.

Este punto de partida deber ser referido al contexto real de la situación mexicana para poder definir la pertinencia de los grupos sociales en cuestión y las funciones de lo que se denomina "Medicina Tradicional". En principio debe reconocerse que México constituye un país que tiende dinámicamente a la urbanización. La población de radicación urbana no sólo es la mayoritaria, sino que los sectores denominados "marginales" urbanos constituyen el grupo de mayor crecimiento demográfico. Por otra parte, si bien México está conformado por un numeroso sector de grupos étnicos de origen amerindio, la tendencia opera hacia la integración de esos grupos a través de relaciones de dominación, de explotación, de estigmatización, etc., pero que conducen de hecho a la eliminación de su aislamiento geográfico y cultural. No señalo esta tendencia en términos de positividad, sino como un proceso dominante que aparece como irreversible. La mayoría de los grupos étnicos amerindios constituyen en México una parte sustancial del campesinado ya sea en términos de minifundistas, de jornaleros rurales o de ambas inserciones productivas a la vez. Son estos dos sectores los que de hecho aparecen como relacionados con la necesidad de instrumentar la utilización de la denominada "Medicina Tradicional" (1). Además de éstos, podrían señalarse otros conjuntos sociales, pero que aparecen como teniendo los recursos necesarios de cobertura ya sea en el nivel público (seguridad social) o privado, aún cuando esta aseveración implicaría una discusión pormenorizada.

Serían entonces los sectores rurales y urbanos de menores ingresos económicos, con menor nivel de vida (en términos de alimentación, vivienda, infraestructura, educación, etc.), con mayores fluctuaciones en su inserción y período ocupacional, aquellos que evidenciarían el menor nivel de cobertura institucional médica pública y privada (2). Serían además los sectores donde se darían las mayores tasas de mortalidad general y por grupos etéreos (ver Bronfman y Tuiran 1983; Jiménez y Minujin 1983; COPLAMAR 1982 a y b).

Estas constataciones empíricas ocurren además dentro de un proceso de crisis económica y ocupacional que, de pro-

longarse, tenderá a repercutir no tanto en las características del perfil epidemiológico, sino en la letalidad del mismo, así como en la eficacia y eficiencia de los servicios de salud (Menéndez 1985) (3). Todos los indicadores económicos constatan para el conjunto de los países latinoamericanos -incluidos países que como Brasil siguen evidenciando un notable crecimiento en su producto bruto interno- que se ha dado una creciente limitación del consumo individual de los trabajadores rurales e industriales. Este proceso justamente iniciado en Brasil a fines de los 60 y continuado en los países del Cono Sur es actualmente la tendencia dominante en todos los países de América Latina. Este descenso de la capacidad de consumo en el nivel de los sectores subalternos debe ser relacionado tanto con una política que centre en esta compulsión uno de sus principales recursos de generación de inversión interna, como con la factibilidad de descargar en estos sectores el peso actual de la crisis. Un factor ya enumerado y que operará en la mayor parte de nuestros países será la crisis, o previsible crisis, de financiamiento que operará en los sistemas de seguridad social estatal y que tendrá repercusiones sobre el funcionamiento de los servicios de salud. Algunas previsiones son realmente graves (Mesa Lago 1985) y respecto de esta posibilidad es que deben ser leídas las políticas de descentralización que comienzan a operar en algunos de nuestros países (Menéndez 1984a).

Estos procesos son los que deben ser tomados en cuenta, además de los tradicionalmente señalados (redescubrimiento de esta práctica; falta de cobertura; falta de recursos humanos, materiales y financieros; eficacia comparativa; recepción positiva comunitaria, etc.) para entender el proceso de recuperación de las estrategias tradicionales dentro de las políticas del sector salud. Pero además, estos procesos deben ser relacionados por lo menos con dos hechos que operan respecto de la incorporación de dichas prácticas: la oposición a la Medicina Tradicional del Modelo Médico Hegemónico en términos ideológico-científicos, y la creciente producción de médicos, así como de otros miembros del equipo paramédico (en particular trabajadores sociales), por lo menos en algunos países de América Latina entre los cuales incluyo a México.

En consecuencia, las tendencias dominantes y que debe-

mos articular con la posibilidad de utilización de la MT son un creciente proceso de urbanización, de reducción de grupos sociales aislados, de reducción de la capacidad de consumo de los conjuntos mayoritarios subalternos, sobre todo jornaleros y minifundistas y población "marginal urbana", de una creciente oferta de profesionales médicos concentrados sobre todo en el área urbana, de un proceso de descentralización de servicios asociados posiblemente con una crisis de financiamiento de los organismos de seguridad social.

Ahora bien, planteado el contexto general donde ubicar la utilización de la MT por el sector salud; la pregunta inmediata se refiere a especificar de qué MT estamos hablando y esto preguntado no desde una discusión sobre el significado de la misma en términos abstractos sino preguntado desde la posibilidad de su utilización por parte del sector salud, o, si se prefiere, por parte de éste en relación con los conjuntos sociales que practican dicho tipo de "medicina".

Si nos proponemos aclarar el término MT, si nos planteamos tratar de precisarlo a partir de su utilización para actuar sobre los problemas de enfermedad, es justamente para recuperar lo más integralmente las prácticas curativas y preventivas que utilizan los conjuntos sociales y para evitar entrar en discusiones interesantes pero que no tienen que ver con el problema central a discutir. Como lo hemos planteado en algunos trabajos anteriores (Menéndez 1980 ; 1981; consultar en particular Lozoya 1982; y Zolla 1983) la definición en abstracto de la denominada MT no sólo aparece como difícil, sino que de hecho nos puede llevar a algunas discusiones que generalmente no aclaran demasiado el significado teórico de este término y de hecho convalidan la utilización empírica de la que se partía. Esto ocurre porque en gran medida el término "tradicional" fue desarrollado dentro de determinados marcos teóricos que necesitan ser explicitados, ya sea para usarlo conscientemente, o para eliminarlo a partir de una concepción alternativa. Usar la categoría "tradicional" significa de hecho integrarla dentro de un esquema tipológico planteado en torno a lo "moderno" y "tradicional" pensados como polos de un continuum. Desde esta perspectiva lo "tradicional" ha sido casi siempre definido a partir de lo "mo

derno" o de la "modernidad", es decir, a partir de una concepción donde lo determinante está puesto en el polo "desarrollado". Pasaría a ser tradicional todo aquello que no es considerado moderno. Esta manera de concebir los polos acarrearía por lo menos cuatro peligros; primero, la tendencia a homogeneizar abstractamente todos los contextos ignorando las particularidades; segundo, acumular y sintetizar homogeneizadamente prácticas diferenciadas interpretándolas como pertenecientes a uno de ellos; tercero, limitar dichas prácticas a uno de los polos del continuum y no poder dar cuenta a nivel teórico de las mismas prácticas cuando operan en el sistema opuesto; y cuarto, la tendencia a considerar los polos como realidades históricas y no justamente como construcciones metodológicas.

La forma más frecuente en que funciona la utilización de lo "tradicional" es la de considerar tradicional lo que los sujetos definidos como **tradicionales** practican (4). Desde esta perspectiva se da una notoria gama de posibilidades; los sujetos "tradicionales" serían los grupos étnicos amerindios, sería el campesinado indígena, criollo o mestizo; serían los denominados grupos folk, etc. y, por supuesto que en sentido relativo, donde unos podrían ser más tradicionales que otros (5).

Esto se puede coordinar con una segunda forma y es la de considerar tradicional a toda práctica que no es codificada como científica. Ambos modos suponen generar algunos problemas que no se despejan ni por el procedimiento empírico y menos por el uso tipológico de lo "tradicional". Los principales problemas que podemos enumerar son: -se deja de lado que tanto este "sector", como otros grupos, sectores o estratos reconocibles (proletariado industrial, sectores medios y altos) practican actividades e ideologías "tradicionales"; -se deja de lado que todos estos sectores potencialmente practican mezclas y a veces síntesis de prácticas tradicionales y científicas; -de hecho se tiende a desconocer el presupuesto teórico de que las prácticas, por más referencia científica que tengan, en la medida en que son usadas por los conjuntos sociales se ideologizan y culturalizan. Por otra parte, habría que establecer con claridad cuáles son las prácticas "científicas" y "no científicas"; ¿acaso la homeopatía y la quiropraxia no lo son?; ¿acaso la aromoterapia y la acupuntura no lo son?; ¿acaso la herbolaria y la fisioterapia no lo son? Pero ade-

más, si no son "científicas" ¿habría que considerarlas "tradicionales"? o ¿constituirían un paso intermedio en el continuum?

Hay otro uso de lo "tradicional" planteado en términos de antagonismo, diferencia y/o contradicción respecto de lo "moderno" y cuyas procedencias teórico-ideológicas son múltiples (ver Menéndez 1981: 386 y sig.). En su versión funcionalista, sus propuestas casi no se distinguen de la de los planteos académicos de la Antropología Médica culturalista, pero en otras tendencias las prácticas médicas "tradicionales" son planteadas como núcleos ideológicos de cuestionamiento, resistencia y hasta enfrentamiento a las prácticas hegemónicas. Estas últimas tendencias no han jugado un rol relevante en el campo de la Antropología Médica, aunque sí han utilizado información para ejemplificar sus hipótesis ideológico-políticas. Consideramos que la carencia de aportes específicos se relaciona en parte con las limitaciones que los objetos de la Antropología Médica plantean crudamente, cuando se pretende identificar la enfermedad y la cura exclusivamente en términos de pertenencia y/o identificación cultural. Cuando como antropólogo nos hallamos ante tasas elevadas de Mortalidad Infantil, Preescolar o Materna; cuando la cantidad de muertes "evitables" son las que constituyen las principales causas de mortalidad, la posibilidad de usar ideológicamente estas identificaciones por lo menos se reduce.

Consideramos que el uso del término "Medicina Tradicional" tiende no conscientemente a la exclusión de prácticas y/o de sujetos históricos, tanto desde una perspectiva empírica, como desde la perspectiva teórica revisada. Por otra parte, del análisis del material antropológico sobre MT, por lo menos para Yucatán (ver Menéndez 1981), surge que la mayoría de los autores tienden a pensar ahistóricamente a la MT; pareciera que suponen una suerte de inmovilidad, donde los conjuntos sociales permanecen más o menos idénticos a sí mismos, lo cual pareciera implicar que teóricamente piensan que los sujetos históricos, pese a que se desenvuelven dentro de estructuras que cambian, no cambiarían demasiado en sus prácticas ideológicas, y como un ejemplo de esto seguirían desarrollando sus prácticas médicas "tradicionales".

Nosotros partimos de presupuestos inversos; consideramos que las condiciones económico-políticas e ideológicas son potencialmente dinámicas y que en consecuencia sus sistemas curativos y preventivos también lo son; los mismos se modifican, se sintetizan, desaparecen, etc.

Justamente, si partimos de la denominada "medicina tradicional", se nos aparecerán problemas de los que no puede dar cuenta esta concepción, o si da cuenta no puede explicarlo. Así la constatación etnográfica señala que no sólo los conjuntos sociales, sino los curadores denominados tradicionales utilizan cada vez con mayor frecuencia fármacos de patente, que pueden incluir drogas psicotrópicas; que en el caso de las parteras empíricas se ha detectado no sólo la utilización de instrumental y procedimientos científicos, sino incluso que realizan parto inducido. Ya I. Press y Gutiérrez Pineda habían descripto procesos similares para comunidades colombianas en los 60; inclusive documentaron el costo relativamente alto de la atención "tradicional" privada (6).

Las investigaciones desarrolladas por nosotros y por investigaciones orientadas por nosotros han detectado reiteradamente esta síntesis en numerosos contextos mexicanos.

Esta constatación, realizada en los últimos años (desde 1977 hasta la actualidad), nos conduce a otro problema, que aparece explícita o larvadamente planteado sobre todo por la antropología médica. Y es el de ¿a quiénes vamos a considerar como los sujetos relevantes, casi diríamos determinantes, del uso de las prácticas curativas y preventivas, pero también de las prácticas que cumplen funciones de integración ideológica? ¿A los curadores tradicionales, a los conjuntos sociales, a ambos, a todos en relación con el desarrollo, expansión y apropiación de la "medicina científica"?

"TRADICIONAL", "POPULAR" Y OTRAS CONFUSIONES POSIBLES

Quiero volver a subrayar que mi preocupación por tratar de aclararnos el término MT no radica en una suerte de necesidad conceptual *per se*, sino que está guiada por una preocupación aplicativa, por una preocupación no referida

tal vez a la eficacia, pero sí al posible uso de las prácticas e ideologías tanto por parte del sector salud organizado, como sobre todo por parte de los conjuntos sociales.

Desde hace algunos años me planteo que el término MT tiende a excluir o por lo menos a dejar en una suerte de campo de nadie a otras prácticas que no son consideradas tradicionales, pero tampoco científicas y que, sin embargo, operan constantemente en algunos contextos, siendo frecuentemente los más dinámicos como ocurre por ejemplo con el espiritismo o espiritualismo. Me he planteado también recurrentemente que el enfoque ideológico dominante en la consideración de la MT conduce a dejar de lado las prácticas e ideologías que el proletariado industrial, o los sectores "medios" o los sectores "altos" desarrollan respecto de sus padecimientos. Que la recuperación de estas prácticas constituya un problema de menor urgencia, dada la existencia de más amplia y mejor cobertura médica y de condiciones de vida superiores a las del campesinado, no debe conducir a ignorar y en consecuencia a no recuperar las prácticas, saberes e ideologías de esos conjuntos sociales.

Como ya hemos señalado, de hecho el poner en primer plano la MT tiende a excluir y a seleccionar determinados grupos, sectores o estratos, así como determinadas prácticas e ideologías; la legitimidad de esta exclusión es por lo menos dudosa tanto en términos teóricos, como aplicativos.

Personalmente, más que hablar de Medicina Tradicional o de Medicina Científica o de medicina "intermedia"-y así de hecho lo vengo proponiendo en mis trabajos-me planteo referirme al conjunto de las prácticas curativo/preventivas/enfermantes que utilizan los diferentes conjuntos sociales que reconozco en una sociedad determinada. Enfatizo lo de **todos** los conjuntos, ya que, por ejemplo, para determinados tipos de padecimientos como el alcoholismo-que como sabemos constituye la primera causa de muerte en varones en edad productiva en México (incluidos por supuesto la mayoría de los grupos indígenas)-la práctica científica ha demostrado notables limitaciones en el nivel de **todos** los conjuntos sociales tengan o no cobertura institucional pública. Son las prácticas curativas y preventivas, son las prácticas enfermantes, son los reconocimientos de los

perfiles epidemiológicos por los conjuntos sociales, lo que me aparece como nuclear y no la necesidad de detectar lo "tradicional", lo "folk", lo "popular", lo "científico" en términos de exclusión y, no sé, si de estratificación cultural. No niego que desde una perspectiva etnológica histórica tenga valor detectar los universos simbólicos diferenciados sobre la enfermedad; pero desde la perspectiva de las acciones en torno a la salud lo determinante es cómo dicha discriminación puede operar en el abatimiento de los daños, sobre todo, si estos grupos son los que presentan las tasas más altas de mortalidad. Discutir el origen americano o no de la relación frío/caliente puede ser importante y me puede ser de utilidad teórica y empírica en la medida en que lo remita a la categorización actual de lo frío y lo caliente, a los cambios generados en dicha categorización respecto de las relaciones con la enfermedad, la alimentación, la atención del parto, etc. Todos los que tenemos alguna experiencia investigativa con esta relación sabemos de la adjudicación de esta categorización a nuevos fármacos, a cómo la relación cambia al o puesto en función del contexto, o del tipo de elemento que ha modificado y sigue modificando sus propiedades. Pero además, necesitamos rastrear el uso de estas categorías en **todos** los conjuntos sociales, así como en relación con la práctica médica hegemónica. Necesitamos inclusive no sólo ver la resistencia sino ver la rápida modificación en circunstancias explicitadas de esta categorización.

Resumiendo, en nuestras investigaciones nosotros no partimos del término "tradicional" (en gran medida por no poder precisarlo como concepto), sino que partimos de las prácticas, saberes e ideologías que los conjuntos sociales producen. Partimos del supuesto teórico de que la mayoría de los conjuntos sociales practican sintetizadamente o no toda una serie de creencias y saberes curativos y preventivos respecto de las enfermedades, padecimientos, problemas y/o desgracias que padecen. Dichas prácticas son dinámicas; se transforman, se sintetizan con otras prácticas, se modifican parcialmente, desaparecen. Dichas prácticas, saberes e ideologías no pueden ser definidas a través del mantenimiento intencional y/o funcional de elementos exclusivamente "tradicionales" (?), sino que debe ser entendido como un proceso dinámico cuyos parámetros serían el "padecimiento" ocurrido, las estrategias de acción y las

consecuencias en la integración socioideológica. Estos parámetros están sobredeterminados por la dinámica del perfil epidemiológico, por las condiciones de desarrollo de los servicios privados y públicos, por las condiciones socioeconómicas de los conjuntos, por las condiciones ideológicas y sociales generales que establecen relaciones y posibilidades diferenciales de apropiación y síntesis. Estas prácticas, saberes e ideologías funcionan en todos los estratos y/o conjuntos sociales y no sólo en los estratos subalternos. Todos los estratos y conjuntos tienen unidades grupales básicas (el grupo familiar es el más inclusivo y extendido) que procesan acciones estructuralmente necesarias para la reproducción del microgrupo y de la sociedad, convirtiendo de hecho a estos grupos en el real primer nivel de atención.

Desde la perspectiva señalada, consideramos importante, tanto desde los objetivos del sector salud como de los conjuntos sociales, la recuperación y utilización de las prácticas, saberes e ideologías que producen los conjuntos sociales respecto de los problemas de salud/enfermedad. La recuperación no sólo la planteo en término de extender la cobertura y/o lograr una disminución en los costos de la atención, sino también por otras razones entre las cuales las más relevantes serían las limitaciones del Modelo Médico Hegemónico respecto de determinados problemas y las funciones socioideológicas que pueden cumplir las prácticas generadas por los conjuntos.

Al referirnos al último punto, entramos en un campo que frecuentemente ha diferenciado a los profesionales del sector salud de los antropólogos. Mientras que los primeros se han preocupado centralmente por la eficacia, incluida a veces la eficacia simbólica (7), que puede representar la incorporación de las prácticas "tradicionales" con el objetivo de limitar o abatir los daños a la salud, en el caso de los antropólogos este objetivo no aparece propuesto con la misma especificidad. En una parte de la práctica antropológica a veces parecería que la ponderación de los rituales curativo/preventivos tienen como objetivo central procurar la integración ideológica del grupo, más que lograr abatir o disminuir la incidencia negativa de las enfermedades (Menéndez 1981: 373 y sig.). Se asume dentro del esquema tipológico citado que la medicina moderna

"...amenaza la organización social tradicional" (Holland 1963:247) y, en consecuencia, debieran rehabilitarse, mantenerse las prácticas "tradicionales", sobre todo cuando las mismas constituyan uno de los ejes de la integración y continuidad cultural de los grupos.

La expansión de las prácticas médicas hegemónicas sobre comunidades tribales o campesinas conduce a la transformación, desplazamiento o inclusive eliminación no sólo de las prácticas étnicas, sino de la significación de identificación e integración cultural que dichas prácticas tienen (8). En torno a las prácticas curativo/preventivas se pueden efectivizar representaciones ideológicas que contribuyen a la reproducción étnica; estas prácticas suponen frecuentemente la realización de rituales colectivos que tienden a asegurar la cohesión y la continuidad. Estas aseveraciones pueden ser correctas, pero las mismas deben ser **realmente** contrastadas con los procesos de morbilidad que afectan a grupos sociales concretos (sean grupos étnicos, obreros, "marginales", etc.) y ver la significación y consecuencias que esta ponderación puede tener. Consideramos que al respecto el caso del "alcoholismo" constituye un fenómeno relevante. Como sabemos dicho problema constituye la primera causa de mortalidad en varones mayores de quince años en numerosos grupos étnicos amerindios; en algunos contextos constituye además la principal causa de encarcelamiento de dichos grupos; además en numerosos contextos constituyó y aún sigue constituyendo la principal causa de enganche laboral, de despojo de tierras y de empobrecimiento. Pero, sin embargo, la ingesta de alcohol excesiva constituye para algunos de estos grupos el principal o uno de los principales instrumentos de identificación e integración cultural (9).

Propuesto nuestro enfoque y reiterando que lo que suele denominarse "Medicina Tradicional" nosotros lo integramos como parte de las prácticas, saberes e ideologías de los conjuntos sociales (clases sociales, estratos sociales, grupos étnicos, grupos ocupacionales, etc.), debemos puntualizar que el relativo énfasis actual en la recuperación de dichas prácticas tiene objetivos que pueden ser diferenciados y aparecer como complementarios o conflictivos según sean los sectores sociales que se hagan cargo de los mismos.

curativo-preventivas en una comunidad del noreste del Estado de Guanajuato de alrededor de 1.000 habitantes.

De un trabajo intensivo con grupos familiares se obtuvo que los principales padecimientos que operan en la comunidad respecto de los niños menores de cinco años son: diarreas, lombrices, anginas, tos-catarro-resfriado, gripa, bronquitis, pulmonía, dolor, sarampión, escarlatina, disentería, amibas, accidentes. Junto con éstas, las principales causas de morbilidad "tradicional" fueron en orden de incidencia las siguientes: mal de ojo, empacho, susto, héticos, lagartijiento (11), diarrea por lastimadura, enfermedad del estómago-torzón-entripamiento, malora, mal de orín, relajamiento (12). Cada uno de los padecimientos enumerados fue organizado a través de una serie de categorías epidemiológicas para poder establecer con la mayor precisión posible los caracteres dominantes en el registro y estrategia de acción. Las categorías a través de las cuales se organizó cada padecimiento fueron: causalidad, tipos distinguibles, gravedad, características estacionarias, grupos de edad en los cuales incide, signos y síntomas, diagnóstico, contagio, prevención, tratamiento.

La descripción y análisis de cada uno de los grupos de padecimientos condujo a establecer las siguientes conclusiones.

Enfermedades "no tradicionales" (13)

- a) Causalidad: en cuatro cuadros en forma explícita (angina, tos-catarro-resfriado, gripa y bronquitis-pulmonía) y en dos en forma larvada (sarampión, escarlatina) la causalidad es referida a la relación frío/caliente. En esta concepción causal domina un fuerte sentido mecanicista respecto de los cambios de temperatura y de la exposición a "aires" y da lugar a una clara discriminación de enfermedades estacionarias que guardan una estrecha relación respecto de fenómenos climáticos que operan objetivamente en la comunidad. No pudimos detectar concepciones que profundicen o amplíen esta explicación. En otros tres casos (diarreas, lombrices, disentería) la etiología es referida a la calidad, cantidad y oportunidad de ingesta de alimento.

Estas dos causalidades darían cuenta de los principales cuadros; siendo las otras causalidades detectadas secundarias respecto de éstas e inclusive, cuando aparecen, son concebidas como subordinadas.

- b) Tipos: para algunos padecimientos se distinguen tipos, pero no pueden extraerse generalizaciones.
- c) Frecuencia e incidencia: salvo sarampión y escarlatina, el resto de los padecimientos analizados se dan en todos los grupos de edad; no obstante todos ellos alcanzan la mayor frecuencia y gravedad en niños de edad preescolar y en particular en menores de un año.
- d) Gravedad: son consideradas graves las diarreas, lombrices, gripa, bronquitis-pulmonía y sarampión. La disentería y los accidentes pueden ser inicialmente graves o no y las anginas, tos-catarro y amibás no son consideradas graves inicialmente pero pueden llegar a convertirse en padecimientos mortales. Es decir, que prácticamente toda enfermedad infantil puede llegar a ser mortal; toda enfermedad constituye una "amenaza" y la concreción dependerá del proceso evolutivo de la misma. La catalogación como grave de una enfermedad dependerá de la codificación inicial, así como de otros procesos complementarios: la emergencia de nuevos síntomas que son indicadores de agravamiento; la concepción de incurabilidad y la rapidez con que el padecimiento puede desarrollarse. Estos procesos suponen una graduación, o mejor dicho una reformulación constante de la consideración de gravedad de cada enfermedad.
- e) Signos y síntomas: en general hallamos un repertorio de síntomas relativamente restringido. Para los padecimientos descritos detectamos diecinueve síntomas y signos, de los cuales cinco son los que se manifiestan en la mayoría de los padecimientos: calentura en ocho enfermedades; diarrea y vómitos en seis; tos y catarro y falta de apetito en cinco cada uno. Los otros signos tienen mayor especificidad y articulados con éstos permiten la formulación del diagnóstico. El escaso repertorio de signos a través de los cuales la población codifica la enfermedad está en relación directa con el reducido número de enfermedades que ellos consideran más

frecuentes y graves; pero también con las posibilidades de plantear diagnósticos ambiguos y con potencialidad de rápida reformulación de los mismos.

f) Diagnóstico: los criterios anteriores, junto con los indicadores de agravamiento, permiten organizar los padecimientos en una serie de ordenamientos diagnósticos, de los cuales los principales son:

- i) enfermedades respiratorias **agudas**: tos/catarro/resfriado/gripa/bronquitis sorda/pulmonía-pulmonía sorda (14). Entre todos estos padecimientos se da una continuidad que va desde un síntoma leve que permanece como tal (tos) hasta desencadenarse en pulmonía sorda que está considerada como la más grave enfermedad. El **crecimiento** de la gravedad está dado por el incremento de la calentura y del "dolor", así como por la rapidez de avance y desenlace.
- ii) gastroenteritis y otras diarreas: esta serie implicaría el ordenamiento de enfermedades científicas y tradicionales, y es justamente uno de los procesos que evidencian el cuestionamiento de esa escisión. Estos padecimientos pueden ordenarse de la siguiente manera: diarrea/dolor de estómago-torzón-entripamiento/diarrea por lastimadura/ojo/empacho/disentería/amibas. Este agrupamiento no implica la misma continuidad que en la primera serie; aquí la diarrea constituye el signo central que otros signos complementarios tienden a precisar y, según sean estas características globales asociadas a la gravedad, se establece uno u otro diagnóstico.

El incremento de la gravedad y la ineficacia del tratamiento, que puede a su vez constituir un indicador de gravedad, pueden conducir a la reformulación del diagnóstico.

Tanto en este caso como en el anterior, el diagnóstico supone la existencia de una determinada causalidad, que en la primera serie es la relación frío/caliente y en la segunda el alimento. La reformulación del diagnóstico opera de distinta manera en una y otra serie; en la primera supone la reformulación basada casi únicamente en el agravamiento; en la segunda el agravamiento puede conducir a revertir la causalidad. Esta no se busca entonces en el alimento sino en otros comportamientos (golpes, lastimaduras),

los cuales pasan a constituir nuevos indicadores que "antes" no fueron tomados en cuenta y que inclusive son descubiertos "ahora".

La manera de formular el diagnóstico puede aparecer como una suerte de hiperempirismo en los grupos analizados, pero lo que expresa a nuestro entender es sobre todo la necesidad de operar dentro de tiempos limitados sobre enfermedades agudas.

- g) Contagio: Si bien es reconocido el contagio para algunos padecimientos graves, no aparece considerado respecto del complejo pulmonía-bronquitis ni respecto de las diarreas. La causalidad frío/caliente y alimenticia tienen una fuerza explicativa y preventiva que tiende a limitar la consideración operativa de las nociones de contagio.
- h) Prevención: para las dos series básicas de enfermedades la prevención supondría la modificación o evitación de determinados comportamientos, unos referidos a la relación frío/caliente y la otra al tipo, calidad, cantidad y momento del consumo de alimentos. La prevención por vacuna sólo aparece considerada para el sarampión.
- f) Tratamiento: todos estos padecimientos son inicialmente tratados mediante autoatención, con una síntesis o yuxtaposición de medicina herbolaria y fármacos de patente. Según el proceso de agravamiento todas las enfermedades pueden implicar la demanda de un curador especializado, así como una carrera del enfermo donde se consulte sucesivamente a los diferentes especialistas. La elección del primer curador, está condicionada por diferentes factores, incluido el reconocimiento de habilidades particulares, así como de una percepción que ve al médico como la solución para las enfermedades graves.

Enfermedades "tradicionales"

- a) Causalidad: la información analizada permite detectar tres causales básicas de las cuales dos aparecen evidentes: alimento (empacho, héticos, estómago), golpes o caídas (parcialmente caída de mollera, lastimadu-

ra (15) y relajamiento) y la tercera referida a la relación frío/caliente es fácil de identificar en el caso del mal de orín (16) y aparece latente respecto del "ojo" y los lagartijientos. La causal de la malora sería "la noche" y aquí el factor determinante sería el control del comportamiento, además de otros significados posibles.

- b) Tipos: los tipos tienen significación solamente en dos de las principales enfermedades, y la diferenciación en ambas está dada por la existencia o no de diarrea.
- c) Gravedad: el ojo, empacho, susto y relajamiento son considerados graves; las enfermedades del estómago, la timadura y héticos pueden llegar a serlo en la medida en que continúe la diarrea; mientras que no son considerados graves ni el mal de orín ni los lagartijientos. Las enfermedades relacionadas o evidenciadas a través de diarrea, "golpes" y alimentos aparecen como las más peligrosas.
- d) Frecuencia e incidencia: todos estos padecimientos se dan con alta frecuencia, pero son el ojo, empacho, susto, estómago y mal de orín los que operan con mayor frecuencia. Excepto en el caso del mal de orín, todos los demás afectan sobre todo a menores de cinco años, y en particular adquieren gravedad con los menores de un año.
- e) Síntomas y signos: distinguimos también diecinueve signos, pero hay tres que se manifiestan en varios padecimientos: diarrea [6], calentura [4], hinchazón [4]; y otros cuatro que constituyen signos de tres enfermedades en forma relevante: vómitos [3], falta de hambre [3], golpes/lastimaduras [3] y llanto continuo [3]. Al igual que en el caso de los padecimientos "no tradicionales", el número de signos y síntomas es relativamente reducido y alrededor de siete son los indicadores reiterados de la mayoría de los padecimientos más frecuentes. Al respecto, es relevante señalar que la diarrea y algunos signos asociados con la misma aparecen como síntomas que expresan a las enfermedades más graves y frecuentes: mal de ojo, empacho, susto y también héticos, lastimadura y torzón.

- f) Diagnóstico: la práctica dominante identifica síntomas iniciales a partir de los cuales construye un diagnóstico provisorio. La no curabilidad de los síntomas conduce a la reformulación y propuesta de un nuevo diagnóstico que puede ser ojo, empacho o héticos, los que iniciados como diarrea, se reformulan ante la ineficacia farmacológica y/o herbolaria. Tanto el susto como la malora son también redefinidos a partir de la no curabilidad. La mayoría de estas reformulaciones, implica la identificación de nuevos indicadores en la historia inmediata del comportamiento infantil.
- g) Contagio: ninguna de estas enfermedades es considerada contagiosa.
- h) Prevención: respecto del mal de ojo, empacho, susto, lagartijento, torzón, malora y mal de orín se identificaron criterios de prevención. Salvo en el caso del "ojo" la prevención se basa en la no realización de determinados comportamientos: no comer determinados alimentos, no caminar al sol, no salir de noche, no colocar la ropa en determinados lugares, no sentarse al calor; es decir, que implican en última instancia controles sociales de comportamientos que **pueden** convertirse en negativos. Además en casos como el susto, lastimadura, relajamiento, se reconoce que determinados comportamientos son de difícil control: sueños, caídas cuando el niño está dormido, golpes durante el proceso de trabajo, etc.
- i) Tratamiento: todos estos padecimientos suponen inicialmente la autoatención, pero una vez reformulado el diagnóstico algunos pueden implicar tratamientos con curadores especializados. Así la caída de mollera y el relajamiento suponen concurrir a la sobadora; el lagartijento puede ser tratado por su familia, pero implica frecuentemente el trabajo de un curador. Mal de orín, malora, héticos, ojo, empacho, susto, lastimadura, torzón, aún rediagnosticados, pueden seguir siendo tratados por autoatención, aunque la evolución de la enfermedad, sobre todo del "ojo" y del susto y en segundo lugar del empacho y lastimadura, pueden implicar el tratamiento especializado, que en estos casos es también una sobadora o una curandera. Esta carrera no opera necesaria-

mente así en todos los casos, ya que la consulta cuando el padecimiento aparece como incurable también supone el tratamiento médico (17).

El análisis diferencial y unificado (ver cuadro 1) de estos dos conjuntos de padecimientos indicaría la existencia de un modelo práctico-ideológico dominante que expresaría una percepción y práctica unificada y no dicotómica, como generalmente se propone.

Observando la causalidad de las enfermedades, detectamos que son los mismos factores básicos los que operan en ambos grupos, excepto en el caso de golpes, caídas y similares que sólo aparecen determinantes para el segundo grupo de padecimientos. No obstante serán estos síntomas los que posibiliten la transformación de una enfermedad del primer grupo en "otra" del segundo.

Respecto de la gravedad, los dos grupos presentan enfermedades graves y en proceso de agravamiento, cuyas referencias explícitas e implícitas son hacia las respiratorias agudas y diarreas, en el primer caso, y hacia estos mismos cuadros, pero planteados menos explícitamente en el segundo, excepto en el caso del susto.

Ambos tipos de enfermedades se dan más frecuentemente en los niños pequeños, en los cuales, por otra parte, inciden con mayor gravedad.

En los dos grupos contamos con un reducido número de síntomas y signos, que dan cuenta de los principales padecimientos, siendo casi los mismos en uno y otro grupo. Al respecto podemos decir que no es el mero "arreglo" de las partes (en este caso síntomas y signos) lo que daría el significado de la estructura de cada padecimiento por referencia a una estructura matriz, sino que es el proceso social en el cual se implican los que dan su significado.

Los signos y síntomas más frecuentes en el primer grupo son calentura/diarrea/vómitos, y en el segundo: diarrea/calentura/hinchazón. Un conjunto de síntomas secundarios serían tos-catarro/falta de hambre, por un lado, y vómito/llanto continuo/falta de hambre/golpes, por el otro, es

Cuadro Nro. 1

CARACTERISTICAS BASICAS DE LOS PADECIMIENTOS
"CIENTIFICOS" Y "TRADICIONALES"

Categoría	Padecimientos Científicos	Padecimientos Tradicionales
Causalidad	frío/caliente/alimentación	alimentación/golpes/caídas frío/caliente
Gravedad	graves y pueden agravarse diarreas y respiratorias agudas	graves y pueden agravarse diarreas/ojo/susto
Frecuencia Incidencia	en niños pequeños (-5 años y sobre todo -1 año)	en niños pequeños (-5 años y sobre todo en -1 año)
Síntomas y signos	calentura/diarrea/vómitos tos-catarro/falta de hambre	diarrea/calentura/hinchazón vómitos/llanto/falta de hambre/golpes
Diagnóstico	cadena de Gravedad	cadena de gravedad reformulación del diagnós- tico inicial
Contagio	las enfermedades graves no son consideradas contagiosas	ninguna es contagiosa
Prevención	control de conductas (no realizar comportamientos)	control de conductas (no realizar comportamientos)
Tratamiento	carrera del enfermo iniciada por autoatención y luego mé- dico o curandera	carrera del enfermo inicia- da por autoatención y lue- go médico o sobadora y ul- teriormente médico, que pue- de operar al principio

Fuente: Información socioantropológica Estación Luján
1983-1984.

decir, básicamente los mismos.

En ambos conjuntos se detectan "cadenas de gravedad", que vinculan un diagnóstico posible con otros ordenados a través de síntomas en proceso de agravamiento; son el proceso, el contexto social y determinados indicadores los que permiten la reformulación diagnóstica. En el caso del segundo grupo, esta reformulación es casi permanente, y el diagnóstico es casi siempre propuesto a posteriori.

La noción de contagio existe, pero no funciona como mecanismo preventivo y aparece secundarizada respecto de prácticas ideológicas que la limitan. Es de subrayar, por otra parte, que la noción de contagio sólo existe respecto de las enfermedades del primer grupo, pero ni en este ni el "tradicional" opera respecto de los padecimientos graves.

Hay criterios de prevención para prácticamente todas las enfermedades siendo el elemento unificador de los mismos el control de comportamientos sin el cual pueden desencadenarse los padecimientos.

Respecto del tratamiento, todos se inician por la autoatención, suponiendo ulteriormente carreras del enfermo que pueden conducir a la atención del médico, de la sobadora o de la curandera, actuando ésta como articuladora dada su apropiación de ambas prácticas.

Consideramos que hay un modelo similar de percibir y actuar en ambos tipos de padecimientos, lo cual no pretende negar la existencia de problemas de selección y de conflicto ideológico y práctico en el proceso de apropiación colectivo. Pero nuestro análisis tiende a subrayar la "continuidad" de las prácticas y no plantearlas como dos órdenes opuestos y escindidos.

Creemos haber demostrado en nuestro análisis dicha continuidad, cuya principal evidencia la hallamos en el proceso continuo que opera entre las prácticas "científicas" y "tradicionales", sobre todo, respecto de los dos principales tipos de padecimientos: respiratorias agudas y gastroenteritis. Esta continuidad entre los dos grupos está dada por los signos y síntomas identificados, por la pro-

gresión de la gravedad, por la eficacia o ineficacia del tratamiento y la carrera del enfermo que esto implica, por la rapidez con que el padecimiento mata, por la reformulación diagnóstica.

Esta continuidad está sobredeterminada por los criterios de apropiación que operan en las transacciones sociales en grupos estratificados y con la eficacia real y simbólica de la práctica seleccionada. Los conjuntos se apropian de las prácticas en función de sus necesidades (posibles) incluidas las imaginarias. En el caso de las respiratorias agudas se verifica una creciente y exclusiva apropiación de las prácticas de la medicina "científica"; en el caso de las "diarreas" esta apropiación es más limitada dada la eficacia menor de los fármacos utilizados. Es así que en este caso (y sus alternativos: ojo, empacho) y en problemas como el susto, se da un mayor mantenimiento de estrategias "tradicionales".

El pragmatismo, la necesidad de eficacia, las condiciones socioideológicas de la apropiación, sobredeterminan la elección de las prácticas. Un ejemplo constante y relevante lo tenemos en la funcionalidad de la relación frío/caliente, la cual posibilita el mantenimiento de prácticas que desplazan o limitan la idea de contagio.

Muertes "evitables" y carrera del enfermo

Si estas características de los padecimientos en su conjunto las referimos a los casos de mortalidad infantil y preescolar detectados en las familias con las que trabajamos, encontramos verificadas las conclusiones propuestas hasta el momento y que adquieren una relevancia, yo diría, que demasiado significativa.

En el caso de la familia con el mayor número de hijos muertos (familia II) podemos concluir que: a) uno de sus niños murió por caída de la cama, (el diagnóstico médico de defunción fue fraguado); b) en otro de los casos hubo una notable dilación en la atención específica de un proceso de enfermedad en el cual se asociaron tifoidea, sarampión y posiblemente desnutrición; c) el primer hijo muerto evidencia un proceso que además convalida la hipó-

tesis respecto del caso anterior. Estamos ante un proceso posiblemente de diarrea continua asociada con desnutrición, que es automedicado durante un lapso de cinco meses y medio. Por último, en el caso del niño prematuro no hubo ningún control del proceso de embarazo, lo cual no explica la prematurez, pero establece un parámetro de análisis.

El grupo IV tiene sólo un niño muerto; al parecer hubo atención médica inmediata, pero condicionada por un recambio permanente de curadores que evidencia la concepción de rapidez que se pretende de la eficacia curativa. El cuadro por el cual murió la criatura es una gastroenteritis asociada con deshidratación y desnutrición.

En el caso del grupo X, observamos una situación similar a la anterior, y aquí dentro de un proceso de gastroenteritis asociada con otros padecimientos no detectables, parece haber actuado potenciando el fallecimiento la intervención médica.

En el último grupo tenemos un caso de niño prematuro para el cual no contamos con explicaciones válidas, y un caso de muerte por gastroenteritis no tratada correctamente.

De las "carreras" descritas surgen algunas constantes; el padecimiento y/o síntoma dominante es la diarrea. El proceso y agravamiento se desencadena rápidamente, y los grupos luego de un lapso de autoatención tratan en general de actuar también con rapidez, no dando tiempo inclusive a constatar o no la eficacia de las terapias recomendadas. Los diagnósticos "tradicionales" son formulados a posteriori, ya que inicialmente la gravedad de los síntomas orientan la consulta hacia la práctica médica "científica". La carrera del enfermo, permite ver que en el caso II domina la práctica de la autoatención asociada o no a consulta con curador tradicional. En los otros tres grupos siempre aparece la consulta médica, luego de la autoatención y ante el agravamiento del padecimiento; en dos casos además (IV y L) se consulta en última instancia a un curador tradicional. Salvo el grupo II, los demás consultan a dos o varios curadores en un corto lapso.

Un punto particular lo constituye el problema del diag-

Cuadro Nro. 2

**DIAGNOSTICOS MEDICOS Y FAMILIARES
SOBRE LOS CASOS DE MORTALIDAD**

Diagnósticos	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
Diagnóstico médico	II* Bronconeumonía	Sarampión/ Tifoidea	No hay	Prematuro
Diagnóstico familiar	Chupadura de bruja/pulmonía sorda/hambre y frío/caída	Mal de ojo	Empacho de dien tes	
Diagnóstico médico	IV* Gastroenteritis y deshidratación			
Diagnóstico familiar	Empacho pegado mal de ojo			
Diagnóstico médico	X* Gastroenteritis			
Diagnóstico familiar	Iatrogenia			
Diagnóstico médico	L* Gastroenteritis			Prematuro
Diagnóstico familiar	Dolor			

Fuente: Información socioantropológica Estación Luján
1983-1984.

Nota: el diagnóstico médico de bronconeumonía para II fue
fraguado.

* Tipos Familiares

nóstico; del cuadro Nro. 2 surge que en todos los casos, excepto en uno para el grupo II, contamos con diagnósticos médicos. Ahora bien, en todos los casos, la madre complementa o suplanta el diagnóstico médico, e inclusive IV llega a proponer dos diagnósticos tradicionales posibles. ¿Qué expresa esta reformulación? Hipotéticamente puede significar un principio de apropiación del padecimiento a partir de la propia matriz ideológica; también puede implicar la referencia a una causalidad que permite racionalizar el descuido, la falta de rapidez de la madre en el tratamiento (chupadura de bruja, mal de ojo). En la mayoría de estas reformulaciones diagnósticas parece existir una participación de otras personas que dan indicadores, que sugieren posibles referencias, que niegan el diagnóstico inicial.

Los datos analizados exclusivamente para la mortalidad ocurrida en los grupos seleccionados se verifica parcialmente en otras dos muertes ocurridas durante el trabajo de campo. Uno es el de un niño muerto a los diez días de haber nacido, cuyo diagnóstico reconocido públicamente fue el de "bronquitis y pulmonía". El otro fallecimiento es de un niño de cuatro meses de La Tigra (18) que "unos dicen que fue de dolor, otros de pulmonía y otros de diarrea". En ambos casos supuso una carrera del enfermo que implicó la consulta a médicos privados; esta carrera también se verificó en el caso de la mujer muerta por complicaciones de parto. Todos los casos suponen además un rápido desencadenamiento de la enfermedad, así como una muerte rápida.

Consideramos que la descripción realizada en la segunda parte evidencia la existencia de un perfil epidemiológico integrado, la existencia de prácticas e ideologías sintetizadas que se expresan a través de estrategias curativas y preventivas en las cuales se utilizan diferentes recursos existentes y respecto de los cuales estos grupos tienen acceso; la existencia de una carrera del enfermo que no sólo unifica prácticas sino que está sobredeterminada por sus condiciones económicas, ocupacionales e ideológicas y la existencia de las prácticas de autoatención como el eje dinámico de apropiación y síntesis.

Consideramos que el sector salud debería instrumentar la recuperación de estas prácticas, saberes e ideologías a partir del reconocimiento de relaciones basadas en la autonomía relativa de los conjuntos.

NOTAS

- (1) Además debe subrayarse que el énfasis ha sido puesto recurrentemente en el segundo grupo.
- (2) Esto no implica que estos sectores no demanden y consuman medicina "científica" pública y/o privada, sino que su cobertura es menor en términos de oferta y de posibilidades de compra de servicios. Como sabemos las investigaciones pertinentes han evidenciado que luego de un lapso, los conjuntos subalternos que pueden acceder a la medicina científica se convierten en sus demandantes más dinámicos. Por otra parte, la creciente producción de médicos y odontólogos conduce a expandir la oferta en las áreas "marginales" urbanas donde frecuentemente es la práctica médica privada la que opera con mayor dinámica expansiva.
- (3) Los caracteres básicos de la crisis se manifiestan en dos niveles:
 - I. El de la práctica médica: a) aumento del costo de la atención a la salud, el cual está centrado primariamente en el alza de los costos en medicamentos y equipo, y secundariamente en el costo del personal; esto ha conducido en algunos países a la crisis de sus sistemas de seguridad social; b) aumento correlativo del consumo de equipo y de fármacos. Dentro de los fármacos se habría intensificado el consumo de aquellos que pueden conducir a consecuencias negativas en la salud; c) aumento correlativo de la "intervención médica" una de cuyas expresiones más visibles y costosas son las intervenciones quirúrgicas, lo que, en algunos casos, está suponiendo normalizar determinado tipo de intervenciones como forma estandarizada de atención (caso de las cesáreas); d) aumento correlativo de la iatrogenia negativa; e) predominio de criterios de productividad y rendimiento en detrimento de la calidad de la atención médica; f) ampliación ideológica y técnica de cada vez más áreas de atención (medicalización); g) la carencia de relación, por lo menos en algunos contextos, entre el aumento de los costos, el perfil epidemiológico dominante y el control del mismo; h) el predominio de estrategias curativas respecto de las preventivas en las instituciones médicas, sobre todo en aquellas que cuentan con los mayores recursos humanos y financieros (Menéndez 1985:21-22).
 - II. El de los conjuntos subalternos: a) el deterioro de las condiciones nutricionales de la población y sobre todo en el caso de niños menores de cinco años, facilitando la incidencia de enfermedades infecto-contagiosas; b) el incremento de la desocupación y subocupación no sólo se reflejará en la disminución del nivel

de vida, sino en el incremento de las denominadas "violencias y patologías sociales"; c) determinadas medidas económicas que afectan los servicios básicos tanto en su funcionamiento como en su expansión pueden afectar negativamente condiciones básicas de vida; ejemplo el costo del agua; d) el incremento de la racionalidad productiva puede traducirse en el incremento de la morbilidad ocupacional tanto en procesos agrarios como industriales; e) los procesos de empobrecimiento relativo y absoluto y los procesos migratorios rural-urbanos tenderán a afectar la oferta de servicios de salud y salubridad de modo diferencial. El posible incremento de los asentamientos "marginales", aunado a las limitaciones en la inversión en servicios públicos, incrementará los problemas de saneamiento y salubridad; f) el deterioro de la capacidad adquisitiva de los trabajadores orientará la demanda de atención médica tanto en el primer nivel de atención, como sobre todo en los niveles de mayor complejidad a los servicios de seguridad social o de atención pública de los cuales son derechohabientes y/o usuarios. Es decir que una parte del consumo médico que era "solucionado" por la práctica privada tenderá a ser absorbido por los servicios públicos generando posibles "cuellos de botella" en la organización institucional (Menéndez 1986a:59-60).

- (4) Esto ha conducido a la marginación de las experiencias de grupos comunitarios que han intentado recuperar las prácticas tradicionales en su vida cotidiana.
- (5) Dentro del grupo familiar pueden además detectarse personas (o personajes en términos de rol) más "tradicionales" que otros; así por ejemplo los "viejos" serían más tradicionales que los "jóvenes".
- (6) A partir de los trabajos de V. Gutiérrez e I. Press "Se ha encontrado por ejemplo que la remuneración a hechiceros y curanderos es igual y en algunos casos excede a la pagada a médicos en la práctica privada, tanto en las áreas rurales como urbanas. Se ha hallado también que los ingresos de muchos curanderos del campo y la ciudad no son de ninguna manera menores a los que perciben algunos médicos y muchas veces cuando la devoción popular señala a uno de estos curanderos como un "gran médico" y su reputación es ampliamente reconocida, su ingreso puede superar al de un especialista de la medicina científica." (Galán, Luecke y Myers 1977:87).
- (7) La cuestión de la eficacia, incluida la eficacia simbólica, constituye un problema de delicada solución, en la medida en que la eficacia puede ser atribuida al instrumento, al contexto o a ambos. La

práctica médica científica tiende a remitir la eficacia al instrumento, pero la experimentación con placebos (¿eficacia simbólica?) ha demostrado que estos productos aparentemente inocuos pueden generar diferentes tipos de reacciones: fiebre, leucocitosis, dolor de cabeza, náuseas, alteraciones vasomotoras, glandulares, del músculo liso, de mucosas: "Su acción, por lo tanto, está muy lejos de ser imaginaria, pues aunque algunas respuestas orgánicas como la taquicardia o la sudoración sean fáciles de explicar a través de reflejos vasomotores, hay otras como el aumento de eosinófilos circulantes, en los que intervienen mecanismos mucho más complejos" (Guerra 1976:147). Esto en gran medida implica que la eficacia no puede, por lo menos en determinados casos, ser exclusivamente referida al instrumento (sea un fármaco de patente o una infusión "tradicional"), sino que debe ser referida al contexto macro o microgrupal en el cual dicho efecto opera.

- (8) Esta concepción ameritaría una discusión más específica, dado que la misma supone en gran medida una interpretación pasiva y ahistórica de los grupos subalternos, así como una idea relativamente mecánica de los procesos de expansión.
- (9) Para una revisión de esta problemática referida a grupos étnicos de México ver Menéndez 1986b.
- (10) Para evitar equívocos aclaramos que el término estrategia se utiliza como construcción metodológica y no como realidad concretizada.
- (11) Padecimiento devenido de que una lagartija se paró en la ropa del niño y la impronta se traslada a su cuerpo, generando fiebre.
- (12) En el trabajo original estos padecimientos fueron detectados y analizados diferencialmente para niños menores de un año y para preescolares y esto tanto desde la incidencia general, a nivel familiar, como a través de episodios considerados de gravedad.
- (13) El término se emplea para establecer una primera clasificación a nivel manifiesto.
- (14) La pulmonía sorda es la que tiene manifestaciones a través de síntomas hasta que se desencadena.
- (15) Problema estomacal.
- (16) Infección por exposición al frío.

- (17) Además de los conjuntos descritos, puede ser agregado un tercero, el de las "enfermedades de maldad", que en nuestra investigación sólo se evidencia a través de un caso de "chupadura de bruja".
- (18) Comunidad de alrededor de 250 habitantes subsidiaria de La Comunidad de Luján.

BIBLIOGRAFIA CITADA

- Bronfman, M. y R. Tuirán, 1983: "La desigualdad social ante la muerte: clases sociales y mortalidad en la niñez". Ponencia presentada al **Congreso Latinoamericano de Población y Desarrollo**, México.
- Coplamar, 1982a: **Necesidades esenciales en México. Salud. Siglo XXI**, vol. 4, México.
- 1982b: **Necesidades esenciales en México. Geografía de la marginación. Siglo XXI**, México.
- Galán, R.; D. Luecke y Ch. Myers, 1977: **Análisis de demanda y oferta médica y odontológica para Colombia**. Ministerio de Salud, Bogotá.
- Guerra, F., 1976: **Las medicinas marginales. Los sistemas de curar prohibidos a los médicos**. Alianza Editorial, Madrid.
- Gutiérrez de Pineda, V., 1962: **La medicina popular en Colombia**. Universidad Nacional, Bogotá.
- Holland, W. R., 1963: **Medicina maya en los Altos de Chiapas**. I.N.I., México.
- Jiménez, O. y A. Minujin, 1983: **Mortalidad infantil y clases sociales**. Ms. UNAM, México.
- Lozoya, X., 1982: "Visión histórica de la medicina tradicional" en F. Ortiz (Edit.): **Vida y muerte del mexicano**. Folios Ediciones, México, vol. II:15-48.
- Menéndez, E.L., 1980: **Clases subalternas y el problema de la medicina denominada "tradicional"**. Cuadernos de la Casa Chata 32, México.
- 1981: **Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán**. Ediciones de la Casa Chata, México.
- 1984a: "Centralización o autonomía. La "nueva" política del sector salud en México". **Boletín de Antropología Americana**, 10:85-95.

- Menéndez, E.L., 1984b: **Descripción y análisis de las condiciones socioeconómicas que operan en la percepción social de la Mortalidad Infantil y Mortalidad Preescolar en una localidad del municipio de San Luis de la Paz, Guanajuato.** Ms., México.
- 1985: "Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina". **Nueva Antropología** 29:11-28, México.
- 1986a: "Modelo médico, salud obrera y estrategias de acción del sector salud". **Nueva Antropología** 29:49-64, México.
- 1986b: **Antropología del alcoholismo en México: 1930-1979**, Ms., México.
- Mesa Lago, C., 1985: **Salud para todos en el año 2000.** Ponencia presentada en el Taller Fundación Tepoztlán, México.
- Press, I., 1971: "The urban curandero". **American Anthropologist** 73 (3):741-56.
- Zolla, C., 1983: "La medicina tradicional mexicana y la noción de recurso para la salud" en X. Lozoya y C. Zolla (Edits.): **La medicina invisible. Introducción al estudio de la medicina tradicional en México.** Folios Editores, México: 14-37.