

EL LUGAR DE LA CULTURA EN LAS INTERPRETACIONES E INTERVENCIONES EN SALUD DIÁLOGO ENTRE LA ANTROPOLOGÍA Y LA MEDICINA



DRA. MARÍA SUSANA ORTALE*

Introducción

La salud constituye la dimensión vital por excelencia, el modo de transitar la vida que sintetiza en su resultado –el estar sano o enfermo– el conjunto de aspectos o dimensiones que sustentan la existencia individual y social: lo ambiental y lo sociocultural, que definen sus condicionantes y significados; lo económico y político, que otorgan los recursos en que se expresa; lo biológico y lo psíquico, que constituyen su sustrato genético y existencial (Haro Encinas, 2000).

La importancia de la interdisciplina en el campo de la salud es un hecho ampliamente reconocido y la consideración de la confluencia de factores de diversa índole en su comprensión tiene larga data.

Assumiendo la universalidad de algunas cuestiones –como es el caso de los padecimientos y la muerte en sus distintas formas de manifestación–, también es cierto que se plantean desde realidades, interpretaciones, preocupaciones, lenguajes, acciones, etc., que forman parte de contextos socioculturales específicos.

Las iniciativas dirigidas a comprender el significado de lo social y de lo cultural para responder a interrogantes planteados por científicos sociales y también desde el sector de la salud, han mostrado grandes potencialidades pero también dificultades.

Tematizar sobre este aspecto, tal vez indiferente u obvio para algunos, se deriva de la preocupación de otros, sobre la utilización del concepto de cultura o de factores socioculturales como una categoría explicativa o interpretativa de comportamientos, condiciones de salud, cumplimiento de tratamientos, uso de servicios, etc.

En esa dirección, el presente capítulo plantea algunas observaciones sobre dicho uso, recurriendo a revisiones y a experiencias de trabajo que reúnen a la antropología y a la medicina.

El objetivo del mismo es insistir sobre cuestiones que renovadamente atraviesan –muchas veces perturbando– el diálogo interdisciplinario y fundamentalmente la práctica médica.

Se espera que la reflexión que se propone suscitar, antigua pero aún necesaria, contribuya a fortalecer una comprensión integral de individuos y grupos, de los problemas de salud que los aquejan y de las respuestas dirigidas a resolverlos.

Para este objetivo, omito las críticas al dualismo cartesiano, al positivismo, al biologicismo, etc. de la que ha sido objeto, y continúa siendo, la medicina científica occidental. Considero que las mismas, han saturado sin pregnancia¹ o al menos son de dominio de gran parte de los lectores.

Como estrategia expositiva, invertiré el espejo, dando lugar a planteos generales que reúnen a la antropología y a la medicina social y a la autocrítica disciplinar, observando cómo aparece la dimensión cultural en los estudios sobre salud/enfermedad/atención. Entiendo que tal decisión puede resultar eficaz para encontrar y emprender desafíos comunes.

Luego exhibiré cómo los aspectos sociales y culturales están presentes en la atención médica y en las explicaciones dadas por los profesionales sobre sus relaciones con la población que atienden y cómo la caracterizan, para lo cual ejemplificaré con la atención pediátrica llevada a cabo en hospitales públicos y en centros de atención primaria del Gran La Plata.

Sobrevolando la relación cultura/sociedad-salud/enfermedad

Se reconoce ampliamente que considerar al hombre desde el aspecto biológico significa no comprenderlo en su particularidad e integralidad, siendo su condición biológica uno de sus componentes.

Los hombres somos variados porque estamos orientados por esquemas culturales específicos, por sistemas de significados históricamente creados, en virtud de los cuales conformamos y dirigimos nuestras vidas (Geertz, 1989). Las experiencias y situaciones en las que el hombre nace y se desarrolla condicionan su biología la que no puede separarse de la cultura y de la organización social.

Las condiciones objetivas de vida ligadas a la posición de las personas en la estructura de una sociedad definen cierta probabilidad de morir o enfermar de un modo particular y de lograr la cura.

La cultura, entendida en sentido genérico como el fundamento simbólico de la vida social que se expresa en las representaciones sobre la realidad y en las orientaciones para la acción, permite comprender cuáles son los códigos socialmente establecidos y compartidos de interpretación de la realidad y de interacción social. Podemos decir que ella regula el comportamiento de los integrantes de un grupo, en correspondencia con la estructura y

(1) Específicamente, me refiero al uso maniqueo y cosificado, de la categoría Modelo Médico Hegemónico elaborada por Eduardo Menéndez (1978 –y numerosas obras posteriores–) que hacen quienes trabajan en el sector salud –entre muchos otros–.

el funcionamiento social.

De modo tal que las características socioculturales a la vez que condicionan la salud, condicionan su reconocimiento, el de la enfermedad y su tratamiento; los ejemplos de su variabilidad son abundantes.

La salud/enfermedad/atención ha dado lugar en todo tiempo y espacio a la construcción de representaciones y prácticas sobre los mismos.² Cada sociedad tiene sus propias definiciones, las cuales no son estáticas, sino que se modifican en tanto cambian las circunstancias particulares y las cosmovisiones dominantes que les dieron origen (si bien en distintos momentos, el estatuto de las enfermedades mentales y de la homosexualidad por ej., dan cabal cuenta de ello).

Los problemas de salud, los padecimientos y daños, comprometen el centro de la subjetividad y la reproducción de cualquier sociedad. Siguiendo a Wellin (1977), tales son las generalizaciones empíricas sobre las que se basa la Antropología Médica:

- la enfermedad es un hecho universal en la experiencia del hombre,
- todos los grupos humanos desarrollan técnicas y asignan roles para enfrentarla,
- todos los grupos humanos poseen un sistema de creencias, conocimientos y valores para explicarla.

Desde una concepción cultural/relativista, se plantea que una enfermedad es tal sólo si es reconocida y definida por la cultura, habiendo incontables ejemplos de la gran variabilidad en la definición e interpretación de los fenómenos fisiológicos, por mencionar los que constituyen el sustento de las definiciones biomédicas. Ellos son utilizados como base para etiquetar una condición u otra como enfermedad, por lo que la enfermedad es una rotulación basada en el juicio humano acerca de cierta condición existente en el mundo, juicios por cierto negativos porque la enfermedad es indeseable (Conrad, 1982).

En todas las sociedades existen pues, padecimientos, dolores, daños, molestias o fenómenos morbosos muy diferentes entre sí. Asimismo, existen diferencias profundas entre grupos en lo que respecta al sufrir y al modo de reaccionar ante las enfermedades.

Más allá de la complejidad que supone definir qué es “enfermedad”, podemos advertir que en ella se entrecruzan: a) un hecho objetivo que indica una alteración de algún órgano, función, capacidad; b) la percepción individual de dicha alteración; c) una interpretación (científica, técnica, religiosa, moral) derivada de los conocimientos, ideas, prejuicios e intereses de la época, que sirve como guía operativa.

Berlinguer (1994) plantea que para el individuo, el fenómeno enfermedad involucra el estar enfermo (en donde las desigualdades sociales expresan en las probabilidades de enfermarse y sanar); el sentirse enfermo (la percepción influida por la cultura, la clase de pertenencia, el género, la edad); identificar la enfermedad (la forma en que la percepción de síntomas singulares confluyen o no en un diagnóstico que lleve a buscar una terapia o de iniciar acciones que impidan el avance de la enfermedad); poder estar enfermo (dependiente de desigualdades y discriminaciones sociales).

A partir de ello se puede apreciar cómo la enfermedad es vivida y afrontada, preguntar qué consecuencias tiene para el sujeto y qué comportamiento suscita en los otros. Desde ese punto de vista, dicho autor esquematiza de la siguiente manera las facetas de cualquier enfermedad: sufrimiento, diversidad, peligro, señal y estímulo.

El malestar, padecimiento o *sufrimiento* que acarrea la enfermedad, no es culpa, idea presente en mayor o menor grado en casi todas las culturas.

La idea del enfermo como sujeto responsable³ y transgresor, se representa continuamente en nuevas formas, estando muy enraizada en el ánimo popular. La noción de estilos de vida –morbígenos, por ejemplo–, abre camino a la idea de que hay una compli- cidad del enfermo en el origen de la enfermedad. Tal actitud no advierte los condicionamientos y las presiones que determinan (aun dejando espacio a las elecciones personales) el estilo de vida o el impulso autodestructivo de las personas.

La enfermedad representa también una diferencia: más que como diversidad, la enfermedad es definida habitualmente como des- viación. Pero ¿cuál es la norma? La respuesta es difícil de evaluar, sobre todo si advertimos la variación de las mismas (exceso de peso, glucemia, colesterol, etc.). La distinción normalidad/anor- malidad y luego la asociación anormalidad/enfermedad es com- pleja; las fronteras son variables y a veces inciertas.

Algunas enfermedades, en todas las épocas, han sido considera- das un *peligro*: el riesgo directo para la salud de los otros se liga frecuentemente a la búsqueda de un chivo expiatorio sobre el que recaen los problemas o dificultades de la comunidad y de la convivencia familiar y social.

El problema que se observa es que la motivación del contagio y la exigencia legítima de aislar la fuente del mismo, se acompaña de otras razones o prejuicios extrasanitarios.

La enfermedad de una persona determinada, íntimamente liga- da a su existencia, rara vez es un caso aislado. Iguales procesos se verifican en otras personas y expresan las condiciones de vida que actúan sobre la colectividad. La interpretación de estos fe- nómenos proporciona muchos datos de naturaleza cultural, eco- nómica y social, representan una señal que ayuda a comprender lo que ocurre en varios grupos o sociedades y orienta para prever mejor el futuro.

El problema consiste en que esa señal permanezca oculta o se presente distorsionada. Las estadísticas de salud son una prue- ba de cómo la organización sanitaria contribuye a soslayar las señales colectivas de enfermedad. Las instituciones sanitarias producen datos tales como: consultas, internaciones, días/cama, gastos, mientras que la información sanitaria sustantiva: qué enfermedades, en qué zonas y grupos de población, es a veces ignorado o imposible de reconstruir.

La exigencia fundamental a la epidemiología es que ponga de re- lieve la señal. Y esta función de ampliar la señal no debería ser privativa del sector salud.

En tal sentido, cuando destacamos la importancia de los fact- ores socioculturales⁴ en la explicación de la salud/enferme- dad/atención, estamos cuestionando lo que la epidemiología

(2) Para el caso de la biomedicina, diversos investigadores han rastreado la construcción histórica de las nociones colectivas de enfermedad y enfermo en Europa oc- cidental (Herzlich y Pierret, 1989; Foucault, 1990; Sevalho, 1993; entre muchos otros).

(3) En algunos cursos dictados por médicos especialistas en problemas nutricionales, he escuchado el concepto de “madre desnutriogénica” para hacer referencia a atributos individuales generadores de desnutrición en los niños.

(4) Desde esta perspectiva, en la evaluación de los problemas de salud y enfermedad y de los cuidados y terapéuticas, debería considerarse la participación de la bio- medicina, los curadores o sanadores de modelos alternativos (incluyendo cultos religiosos), los grupos de autoayuda y la población.

informa de manera simple, cuestionamiento que de manera lúcida y propositiva ha realizado Menéndez (2008) al desarrollar el concepto de epidemiología sociocultural, de enorme potencial heurístico y explicativo. Y ello constituye a nuestro juicio, el estímulo y desafío que se podría asumir elaborando propuestas concretas y ajustadas al norte de la transdisciplina.

Considero que sería el ejercicio más fructífero para diluir las ontologías disciplinarias que han fragmentado la realidad –persuadiéndonos incluso que sus compartimentos existen tal como ellas los presentan–, y para aportar a intervenciones alineadas a un conocimiento más complejo y ajustado a la misma.

A continuación presentaré algunas cuestiones que se identifican en los trabajos antropológicos sobre salud, particularmente al tipo de construcción de “lo cultural” que se observa en ellos, en qué sentido contribuyen a ampliar la señal en el campo de la salud y ciertas cuestiones pendientes.

Usos del concepto de cultura en estudios de Antropología y Salud

Para emprender la indagación sobre el uso del concepto de cultura, no partiremos de las definiciones, diversas por cierto (modo de vida; herencia social; significados compartidos; maneras de pensar, sentir, creer, actuar, vivir de distintos grupos sociales; depósito del saber colectivo; conducta aprendida; normas que rigen la conducta; ambiente hecho por el hombre; representación simbólica de la base material de la sociedad, etc.), ni buscaremos la coherencia en sus aplicaciones.

Adhiero a Menéndez (2000) quien plantea que si bien las definiciones expresan el deber ser y constituyen un punto de partida, no resuelven el problema del significado del concepto tal como se utiliza en situaciones concretas.

En ese sentido, recupero a Rosaldo (1991) cuando advierte que ciertos fenómenos humanos parecen más atractivos que otros para el análisis cultural, tornándose más “culturales” que otros. También advierte la estrecha base sobre la que se sostiene el concepto de cultura, al excluir de su competencia a determinados grupos humanos, en especial: la comprensión del “nosotros”, “invisibles culturalmente”, transparentes a nosotros mismos.

Ahora bien, yendo al tema específico, a partir de una subdisciplina conocida como Antropología Médica, Antropología de la Medicina o Antropología de la Salud (según los contextos, se desarrollaron –luego de la segunda guerra mundial–, investigaciones empíricas y producciones teóricas sobre procesos sociales y representaciones culturales de la salud, la enfermedad y las prácticas de atención en “otras” culturas. Ese conocimiento, original y valioso en sí mismo, en diálogo con la antropología biológica, la medicina, la psiquiatría, la salud pública, contribuyó a una mejor comprensión de nuestra propia condición humana, avanzando progresivamente en el estudio de las sociedades contemporáneas.

En ellas, desde enfoques etnomédicos, médico-críticos y de la antropología médica aplicada, se observa de manera renovada la diversidad en los modos de estar sano/enfermo/morir y de entender y atender el fenómeno universal del proceso salud-enfermedad-atención, diversidad que está atravesada por procesos

que generan desigualdades sociales.

Las problemáticas abordadas abarcan, entre otros: las distintas expresiones y etiologías de los malestares, padecimientos, enfermedades; los síndromes de filiación cultural; los sistemas de creencias y prácticas respecto a la salud-enfermedad-atención; los sistemas médicos y curativos; los modelos médicos (hegemónico, alternativos o subordinado, de auto-atención); la medicalización; la adherencia terapéutica; la eficacia simbólica; cuerpos y sufrimientos; las redes de autoayuda, estudios orientados a mejorar o crear programas de prevención, promoción, atención; intervenciones de salud comunitaria en entornos interculturales, entre otras problemáticas. Como rasgo distintivo, el estudio de tales cuestiones atiende especialmente a la dimensión simbólica, esto es, a los significados y a los valores y normas que involucran.

Tal vez a ello obedece la limitada utilización de los aportes antropológicos, se percibe que su sesgo cualitativo, si bien permite comprender y explicar, no colaboraría con la evidencia necesaria para decidir.

Al respecto, y con relación a temas de salud, Menéndez (2000) señala que aunque los antropólogos reconocemos explícitamente que los factores culturales operan en todo tipo de saberes sobre la salud/enfermedad/atención, focalizamos las investigaciones y/o reflexiones en las enfermedades de “otros”: en enfermedades “tradicionales”, populares, en los rituales de sanación, en la herbolaria, interpretadas –incluso por antropólogos culturalistas de la década de 1940–, como la expresión de mentalidades o culturas “atrasadas” o como un “obstáculo” al cambio.

También observa la exclusión del campo de la biomedicina en los estudios antropológicos aunque se la reconozca como un modelo cultural más, esto es, como etnomedicina.

Los estudios se han centrado en aspectos mágicos, religiosos, en los sistemas médicos “tradicionales” como objetos de investigación privilegiados: del campesinado de extracción indígena y luego de los pobres urbanos (Menéndez, 1985), pero el uso de medicamentos, las consultas, los diagnósticos, las cirugías, etc. no suelen estudiarse como procesos culturales. La biomedicina, contiene problemas relevantes para el análisis social pero continúa siendo un espacio vacío en los estudios antropológicos al menos latinoamericanos, en gran medida por corresponder a un dominio de “invisibilidad cultural”⁵.

Así por ejemplo, la “magia científica” presente en los tratamientos con placebos ha sido escasamente abordada, pese a representar la reformulación médica de la eficacia simbólica asociada a las curas. La eficacia simbólica como mecanismo de explicación en la curación chamánica y psicoanalítica referida a los efectos de la sugestión del acto terapéutico (Lévi-Strauss, 1968), contribuyó a inaugurar un fértil programa de investigación que interpelaba al positivismo dualista que divide cuerpo y mente. Estudios sobre el efecto placebo muestran la fuerza del imaginario, de las significaciones que el enfermo atribuye al acto médico. Pese al sostén de la psicoimmunoneurología⁶, la interpretación médica del efecto placebo, radica en que responde a “necesidades psicológicas” de los individuos, retomando el dualismo cuerpo/mente. La cura, argumentan la mayoría de las veces, no es cura, se trata de un proceso que “se dio en la

(5) Un ejemplo de “descubrimiento” de dicha invisibilidad fue el estudio realizado hace casi 20 años en el Hospital de Niños de La Plata. Originado en observaciones e interrogantes del Dr. Luis Fumagalli sobre el manejo de la fiebre por parte de residentes y de médicos formadores, sus resultados fueron reveladores de prácticas pediátricas cotidianas que manifestaban la distancia de las indicaciones médicas en su tratamiento, debido a la incidencia de factores extracientíficos (Fumagalli, Ortale et al., 1999; Ortale y Fumagalli, 2000).

(6) La misma plantea la función esencial del sistema nervioso central en el condicionamiento del sistema inmunitario y, en general, de las defensas y del complejo equilibrio del organismo humano.

cabeza”, “porque creían en ella” (Le Breton, 1995).

Las oportunidades para la investigación antropológica ofrecidas por el uso frecuente de placebos por parte de la biomedicina, no se han aprovechado; no se ha profundizado su estudio en términos culturales.

Además de la falta de estudios antropológicos sobre la eficacia de la biomedicina, la producción antropológica se sigue caracterizando por la escasa significación otorgada a la eficacia terapéutica en las descripciones y análisis etnográficos de “otras” culturas. Se describen síndromes culturalmente delimitados (empacho, pata de cabra, mal de ojo) y sus respectivas terapias, sin reparar en la eficacia -o no- de las mismas, en la cantidad de casos de mortalidad o de enfermos y en un conjunto significativo de datos que abonarían al fortalecimiento de una epidemiología sociocultural (Menéndez, 1998, 2008). ¿Cuál es la eficacia de esas terapias alternativas?, ¿disminuyen, alivian o eliminan el daño? Sería necesario explorar en detalle la eficacia de las medicinas (así como la de los rituales y la adscripción religiosa) y su mutua articulación, particularmente la de las medicinas alternativas sobre las que pesa mayor exigencia de demostración y sobre las cuales existen en ese aspecto escasos estudios. La medicina “tradicional”, “popular” o alterativas: ¿son eficaces?, ¿curan realmente?, ¿cómo lo hacen?, ¿por qué se practican?, ¿qué tanto hay de eficacia simbólica?, ¿es conveniente seguir manteniendo la dicotomía eficacia simbólica/eficacia pragmática? Tal como observa Menéndez (1998), luego de haber transitado etapas prolíficas de estudios antropológicos dedicados a la descripción de la medicina tradicional o popular, se registra desde hace aproximadamente tres décadas, cierto desdén sobre estas prácticas, sin mucha importancia ni implicancias para la salud de la población. Lejos de representar resabios atávicos de culturas exóticas, la realidad -más dinámica e indiferente a los temas académicos de moda- muestra cómo dichas medicinas se actualizan, redefinen, surgen, consolidan y usan en la vida cotidiana. Su exploración podría iluminar, entre otras cuestiones, sobre las condiciones de salud de la población, sobre las limitaciones de la medicina hegemónica y sobre la eficacia de los recursos alternativos.

Desde ya, el marco de observación de la disciplina incluye variables culturales e ideológicas en el estudio de diversas prácticas asistenciales. Pero su eficacia terapéutica y trascendencia epidemiológica, no han sido abordadas.

Frente a esto, algunos antropólogos afirman que no es competencia de la antropología registrar datos de morbimortalidad, sino de la medicina y de la epidemiología. Si bien no adhiero a esos planteos, “podrían no ser incorrectos, pero entonces tendríamos que explicitar qué estamos buscando cuando hacemos este tipo de descripciones del proceso de salud/enfermedad/atención, así como cuando excluimos o incluimos determinados factores” (Menéndez, 2000).

Numerosos antropólogos que destacaron la importancia de los rituales curativos y sus funciones de integración social, señalaron sobre el peligro de quedar presos en la fascinación por los rituales simbólicos.

Así por ejemplo, Victor Turner decía en los años sesenta:

No se ha reconocido suficientemente la estrecha relación de las creencias sobre brujería con las altas tasas de enfermedad y mortalidad que afligen a la mayor parte de las sociedades tribales. La enfermedad, como la lluvia, presenta con frecuencia distribuciones fuertemente localizadas. Los análisis sobre brujería deberían incluir en el futuro estadísticas locales de muertes y enfermedades, ya que es muy probable que el carácter repentino e impredecible de las afecciones graves explique en parte el carácter azarosamente

maligno e inmotivado atribuido a muchos tipos de brujería. (...) la situación de la salud pública de los ndembu, como la de la mayor parte de los africanos, es muy insatisfactoria (...) El hecho de que un rico y elaborado sistema de creencias y prácticas rituales proporcione un conjunto de explicaciones para la enfermedad y la muerte dando a la gente un falso sentido de confianza de que dispone de medios suficientes para hacer frente a la enfermedad, en modo alguno contribuye a la elevación del nivel de salud ni al aumento de la esperanza de vida. (Turner, 1980).

Salvando distancias en múltiples sentidos, y como contrapunto, en las conclusiones de mi tesis doctoral (Ortale, 2003) indicaba que “una dimensión no contemplada inicialmente en el estudio, que surge de las entrevistas como eje de indagación y potencial variable explicativa de los perfiles de salud/enfermedad diferenciales dentro de las condiciones de vida de hogares pobres, se vincula con la adscripción religiosa”.

En este caso el foco iluminó algunos aspectos (sociodemográficos, económicos, institucionales, políticos, las representaciones y prácticas médicas y “legas” sobre desnutrición infantil) y soslayó otros que se revelaron importantes para comprender diferenciales de morbilidad/mortalidad infantil dentro de un conjunto de hogares pobres.

Por otra parte, podemos decir que es escasa la inclusión de la dimensión económico-política en la etnografía y/o en el análisis de muchos estudios antropológicos, lo cual explica el insuficiente avance en la articulación de los niveles macro y microsociales. Su indagación articulada, contribuiría a entender, por ejemplo, por qué procesos de crisis económica, contextos de pauperización, o a la inversa, no se reflejan linealmente en peores o mejores indicadores de morbi-mortalidad. Consideramos que esta falta de elucidación está en la base de algunas hipótesis o afirmaciones del sentido común experto según las cuales las tendencias epidemiológicas -positivas- se atribuyen a las intervenciones del sector salud, y las negativas a políticas económicas, a falta de educación, de cultura o empobrecimiento de la población. ¿Por qué no podríamos plantear que las mejoras, (o al menos el mantenimiento o no empeoramiento) derivan de la vapuleada medicalización? ¿Por qué no pensar que son los recursos o saberes de los “legos” (apropiados simplícidamente de los saberes biomédicos) los que actúan positivamente en el mantenimiento de ciertos niveles de salud en contextos de crisis de la economía y del sector sanitario? Como se ha dicho más arriba, los cuidados “legos” constituyen una dimensión estructural en todo tiempo y en todas las sociedades.

De hecho, a nivel microsociales, el hogar es el primer nivel de atención, y en esto la Antropología ha hecho aportes sustantivos. En él se da la mayor frecuencia y recurrencia de padecimientos y de enfermedades, es el lugar en donde se inicia la carrera de enfermo, donde se da el mayor número de detecciones, diagnósticos, actividades de atención y tal vez de curación (Menéndez, 1992). Sea en forma directa o mediando, en el hogar se constituyen y actúan alguno de los principales determinantes de la morbilidad y de la mortalidad, en particular infantil. Es alrededor del hogar que se organizan las principales redes sociales que intervienen en la salud/enfermedad/atención. Estos y otros aspectos, ya sea que acentuemos sus efectos positivos o negativos en la salud de sus integrantes, fundamentan su consideración como potencial variable explicativa de los problemas de salud específicos, y no sólo como variable dependiente de determinaciones político económicas o de intervenciones sectoriales.

En síntesis, a nivel genérico reconocemos lo cultural en todo proceso de salud/enfermedad/atención, pero en los trabajos específicos se identifica en determinados padecimientos, actores y problemas y se excluye en otros.

Como se desprende de este recorrido superficial, no es una definición de cultura abarcativa de la gama total de dimensiones significativas de una sociedad la que se encuentra en la base de su uso. Más bien, es el interés sobre determinados aspectos de lo cultural el que instituye la conceptualización dominante sobre los factores culturales, y es ella la que circunscribe el estudio antropológico del proceso de salud/enfermedad/atención (Menéndez, 2010).

En lo que sigue, haré referencia a la relación entre la biomedicina, los cuidados “legos” y las medicinas alternativas ejemplificando cómo los factores culturales se visualizan en casos concretos de atención pediátrica y cómo se refleja el uso de la noción de cultura en sus discursos referidos a la población que atienden.

Usos del concepto de cultura en la atención pediátrica

Apoyaré y complementaré algunas de las cuestiones conceptuales enunciadas a través de la información surgida de entrevistas con médicos ⁷ pediatras de hospitales públicos y de centros de atención primaria (CAPS) del Gran La Plata. Las mismas, junto con entrevistas realizadas a mujeres/madres, fueron realizadas en diversos trabajos de campo (concentrados entre 1995–2000) relacionados con el que sostuvo mi tesis doctoral sobre desnutrición infantil de causa primaria (Ortale, 2003)⁸.

Las preguntas de las entrevistas giraron en torno al saber médico sobre desnutrición infantil: sobre los principios teóricos y técnicos en los que basaban sus intervenciones (cómo detectaban, diagnosticaban, explicaban su causalidad, actuaban y evaluaban su intervención); qué factores limitaban, imposibilitaban o favorecían la detección, tratamiento y cura de los niños desnutridos; cuáles eran sus conocimientos sobre los hogares y sobre las estrategias populares o medicinas alternativas; cómo interpretaban las percepciones maternas de la desnutrición y el cumplimiento de las recomendaciones médicas; cuál era su capacitación para desarrollar actividades de atención primaria, entre otras.

La información que responde a las mismas se organizan en tres ejes temáticos

1. Condiciones de trabajo, conocimiento y uso de normativas de diagnóstico y tratamiento de niños/as desnutridos y apreciación de programas de salud.
2. Abordaje de la desnutrición.
3. Apreciaciones sobre la receptividad y respuestas de las madres al diagnóstico y tratamiento y sobre el uso de medicinas alternativas.

En la exposición distinguiré el análisis de la información provista por los pediatras de hospitales, de la provista por pediatras de CAPS, ya que se identificaron notables diferencias en varios de los aspectos indagados ⁹ (Ortale, 2005).

Cabe decir que a mediados de 1990, el análisis de fuentes secundarias reflejaba muchos problemas del sector salud para intervenir sobre la desnutrición primaria, a saber:

- Los datos sobre la situación nutricional en la Argentina eran asistemáticos, fragmentarios y discontinuos siendo mayor déficit de datos sobre las deficiencias de micronutrientes.
- La escasa información se debía a su falta de obtención, fallas en el registro, procesamiento y difusión.
- Las normas oficiales para las actividades de atención infantil, particularmente para el control del crecimiento, existían y eran conocidas.
- Dichas normas no eran utilizadas rutinariamente en la asistencia pública hospitalaria.
- La ausencia de normas sobre alimentación infantil determinaba un vacío acerca de los criterios que los pediatras adquirían en su formación.
- La alimentación constituía un tema banal al que se le brindaba poca o nula atención en la formación de pre y post-grado.
- De acuerdo con una encuesta provincial (Ministerio de Salud Pcia. de Bs. As.-PMI, 1998), las recomendaciones alimentarias dadas por los pediatras arrojaban que sólo un 15% indicaba una dieta con adecuada densidad energética.
- Muchos trabajos señalaban la necesidad de capacitación sistemática a los pediatras y equipo de salud sobre la alimentación el primer año de vida.
- La capacitación de los médicos sobre esta problemática dependía de sus intereses y posibilidades.
- Los programas de salud infantil eran discontinuos por dificultades presupuestarias y organizativas.
- Había carencias de insumos básicos o irregularidad en su provisión en los distintos niveles asistenciales, incidiendo especialmente en la capacidad resolutoria de los CAPS.
- Inadecuada y/o insuficiente articulación entre los niveles asistenciales.
- Un modelo de atención centrado en la reparación más que en la prevención, resultando una atención más cara e ineficaz.

Todos estos señalamientos, muchos de ellos aún vigentes, se identificaron en mayor o menor medida en los discursos de los médicos entrevistados, con diferencias entre los dos grupos indicados. Esto se debía a la manera en la que las respectivas instituciones. Pese a que el saber médico se supone homogéneo y que el quehacer profesional está rutinizado y normatizado en alto grado, esas diferencias se debían a la manera en que las respectivas instituciones estructuraban

(7) Aún reconociendo la feminización del trabajo médico en los servicios públicos, especialmente en servicios de atención primaria, omitiré en general, en la exposición, las distinciones de género (los/las pediatras, los/las médicos/as, niños/niñas). Tal decisión, consciente de las probables críticas que apuntan a la colonización de mi subjetividad por parte de la sociedad patriarcal, obedece a cuestiones de fluidez en la escritura y lectura, y a la cuestión sustantiva de que su importancia radica en la manera en que esas distinciones actúan en las relaciones sociales concretas, no en las expresiones formales. Y en tal sentido, sugiero a los lectores constatar si en las internaciones pediátricas, se acepta a los padres como responsables del acompañamiento de sus hijos y que pernocten con ellos; caso contrario, incidir para que eso sea posible.

(8) Por problemas de espacio, excluyo el sugerente material de las entrevistas a las madres.

(9) Ana, José, Juan, María y Martín son los nombres ficticios de los pediatras que trabajaban en hospitales. Eduardo, Gabriela, Lorenzo, Malena, Raúl, Susana y Violeta los de aquellos que trabajan en los CAPS.

sus prácticas de atención.

1) Con relación a las normativas, condiciones de trabajo y a la evaluación de las políticas sanitarias, las diferencias encontradas entre médicos de hospitales públicos y de CAPS y se reflejaban, para el caso de los pediatras de hospital, en: el no cumplimiento de las normas destinadas al control de salud y del crecimiento: “no lo evaluás detenidamente. No se puede. Es imposible”, la pérdida de pacientes por imposibilidad de seguimiento vinculada a la atención despersonalizada y cambiante, un mayor peso de las determinaciones institucionales que imponían la atención de patologías, sesgos profesionales más marcados por la subespecialización, inespecificidad para abordar las problemáticas del crecimiento y del desarrollo por subestimación de la problemática, reflejada en la inexistencia de un código de registro específico en los registros hospitalarios sobre el estado nutricional de los niños atendidos. Las normas de control de crecimiento:

“No se usan por falta de tiempo pero en realidad está bastante normatizado que hay que usarlas. Es difícil. Muchas veces te tenés que adaptar a las condiciones de trabajo que te impone el servicio. El tema es la demanda en los hospitales públicos, lo que es la prioridad (la patología), que es una locura. Se atiende apurado, y la presión de la gente no te permite hacer un trabajo como corresponde. Habría que hacer una estadística de cuántos pediatras pesan y miden al chico menor de dos años...y cómo lo hacen también. Es un problema pero si bien es un problema nuestro, porque no le vamos a escapar a la responsabilidad porque somos nosotros los que lo tenemos que hacer, también muchas veces las condiciones que trabaja uno te van relegando actitudes que son básicas.” (Juan)

La administración del tiempo no permitía seguir los protocolos de atención infantil, colocando en una situación de desprotección y riesgo a los niños/as (fallas diagnósticas) y a los médicos (mala praxis), situación que por otra parte era asumida por ellos como una responsabilidad individual.

Pese a las carencias y limitaciones de la atención hospitalaria, la misma parecía ocupar, según los médicos, el primer lugar en las preferencias de las madres.

“Igual eligen el hospital, saben que lo que no les hacen en la unidad sanitaria en el hospital se lo hacen: la radiografía, los análisis...le dan mucha importancia a una placa, entran a la consulta pidiéndote una radiografía y eso en la salita no se lo pueden hacer. Los análisis también se los hacés en el momento. Le descartás una infección en dos horas entonces...por ahí ellos en la salita están una semana.” (Martín)

A las reglas establecidas (dilación de los turnos, tiempo de espera, rotación de profesionales) y a su aparente “aceptación” o resignación, se antepone, según los informantes, la importancia que las madres atribuían al diagnóstico precoz y certero, certidumbre basada en la confianza depositada en la tecnología médica.

“a las salitas la gente no quiere ir. No quiere porque o te cambian el médico, o el día que va, el médico no fue ...y ese es el único médico que hay. En cambio en el hospital, si no fue el que la ve habitualmente siempre hay otro y el problema se soluciona. De última llevás el problema solucionado. Y a veces nosotros tenemos el antibiótico o el jarabe o el antitérmico como para darle, entonces.... Y hay gente que bueno, por más que le digas: “tenés la salita a dos cuadras”, no la sacás del hospital.” (María)

La lógica en la que se inscribía la atención era precisamente la de la práctica curativa, constatándose la fuerza de la eficiencia diagnóstica y de la eficacia terapéutica, aspecto central en el proceso

de hegemonía alcanzada por la biomedicina.

En esa lógica, la desnutrición, como señal permanecía oculta y distorsionada: con frecuencia su magnitud era desconocida o malinterpretada. Las estadísticas de los hospitales registraban datos generales de la actividad médica y patologías:

“Del total de consultas que se hacen, la verdad es que no se sabe cuántos hay desnutridos.No, porque no se hace eso, de desnutrición no hay una estadística. Es más, en la estadística que el jefe de consultorio le pasa al jefe del servicio, mensual, él te pone: infecciosa, respiratoria, etc., pero vos ves los ítems y desnutrición no existe. La patología, sí, infección, te pone el porcentaje o te pone la cantidad total que hubo, pero...en la planilla que manejan para el registro de patología, no está”. (Ana)

Contrastando con el conocimiento abstracto y anónimo de la desnutrición y de los desnutridos que se visualizaba en los hospitales, los CAPS resultaban un ámbito propicio para el conocimiento profundo y para el involucramiento afectivo:

Los pediatras de los CAPS reflejaban mayor interés en la problemática a partir de la puesta en marcha de un “Programa de vigilancia y rehabilitación nutricional” y de la realización de un censo nutricional. Demandaban en mayor medida la posibilidad de capacitación y actualización y si bien expresaban gran satisfacción por su relación con los pacientes, reconocían a menudo escasa capacidad resolutoria: su mayor compromiso con los pacientes los llevaba a un mayor grado de reflexión acerca de su tarea.

También el distanciamiento creciente entre la investigación médica y la actividad asistencial era destacada fundamentalmente por ellos:

“Yo creo que los debe haber fundamentos científicos, por supuesto, lo que pasa que a veces uno no tiene tiempo de ponerse a leer cada una de las cosas, a mí me pasa. Siempre decimos que los médicos de las unidades sanitarias nos venimos atrofiando. Cambian las normativas, es cierto. Y sí, y si no tenés la posibilidad del curso o de ampliar los conocimientos, de viajar a Buenos Aires a los congresos, te vas quedando con las normativas que tenías de antes y viene una mamá que lo llevó al Hospital...a mí me ha pasado, que lo llevó al Hospital y me dice: ‘Me dieron esta dieta’, y yo la leo y digo: ‘bueno, la mitad de las cosas que te daba... yo no se las hubiera indicado.” (Susana)

Podemos observar que los fundamentos científicos de las normas no siempre eran conocidos, aceptando como criterio de autoridad el saber de quienes las elaboran:

“Mirá, las normas las hacen efectivamente los que más saben, a veces, ¿no?...” (Lorenzo)

Las prerrogativas que otorgaba la municipalidad para realizar cursos como parte de la carga laboral, no descomprimía el malestar de los médicos de los CAPS por los magros salarios, por las condiciones de trabajo y por la brecha salarial con relación a pares que se desempeñaban en hospitales u otras instituciones, no sólo privadas:

“Tenés que tener mucha energía para luchar contra el sistema. El médico de acá, que es el médico de trinchera....Yo trabajo desde las nueve de la mañana hasta las cuatro de la tarde con una hora de descanso. Pero es la única manera de tener un sueldo que ronde un poquito más de mil...porque sino ganás setecientos...y te morís de hambre. Pero entonces el tiempo para el estudio no te queda. Tenemos 56 horas curso que yo las tomé siempre, alguna vez hasta me han dejado hacer alguno más. Pero parece que uno siempre, yo comparo con los médicos, compañeros míos del Hospital y trabajamos el triple. Es un trabajo más desgastante porque tenés poco retorno para cultivarte. Eso es una cosa que el Hospital critica pero

hay que estar.” (Violeta)

El acelerado avance científico y el cambio de normativas no se acompañaba de posibilidades de actualización, de allí los desfases en las indicaciones médicas:

“Pienso que va a seguir cambiando porque el descubrimiento va a ser cada vez mayor...de los nutrientes, de los micronutrientes, eh, de las necesidades, de la maduración del chico. A medida que se va descubriendo, se va acercando un poco más a lo que sería lo óptimo...¿viste?, pero en el camino se van priorizando cosas, sin conocer que hay otras dando vueltas. Entonces...por ahí se mete la pata y uno va afinando la puntería. Y ahí eso depende también de cada chico.” (Violeta)

Así, los pediatras de los CAPS, procedían a una adecuación de las normas en función de las preexistentes o de los imperativos presentes en los programas de salud:

“Entonces bueno, si bien las pautas van modificándose, uno desde este nivel de atención primaria no las va modificando demasiado...a no ser, bueno, sí, que la información ya caiga, eh, y sea muy amplia... que sí o sí la tenés que aceptar, incorporar... y bueno, modificar en función de eso. Pero nos pasa, por lo menos a mí me pasa que trabajo ocho horas acá, que tengo el consultorio tres veces a la semana en mi casa, que tengo una familia, que hace que no tenga a veces el tiempo como para decir bueno, me siento a leer, a actualizarme, a buscar bibliografía. Tenemos anualmente 58 horas de curso; si se extiende más allá de ese tiempo, habría que devolver las horas con trabajo...eh, muchas veces no se hace.” (Susana)

Además de dichas razones, la flexibilidad en el uso de las normas se explicaba por la necesidad de contemplar particularidades individuales, regionales, étnicas, etc., interviniendo dosis de “suerte” y “arte” en los resultados ya que:

“La medicina no es una ciencia super-exacta...tiene sus bemoles y no todos los pacientes responden de igual forma a un tratamiento. También está esa posibilidad.

Eh, es, es medio arte a veces ¿viste?, a veces es medio suerte; prescribir lo correcto en el momento correcto...en dosis suficientes para salvar o curar una enfermedad. Es un decir, ¿no?, eso se puede extender a todo lo que sea medicina. La forma preventiva, cuándo conviene hacer la profilaxis, con las vacunas pasa algo similar...¿Qué calendario es el mejor?, ¿el de Estados Unidos?, ¿éste?, ¿el de Europa? Son todos diferentes, ¿cuál tiene razón? No sé ¿viste?, ¿quién tiene la razón? Y sin embargo estamos hablando de una cosa tan simple que es: cuándo debés vacunar y con qué vacuna...y cuántas dosis. Imaginate con la comida...” (Lorenzo)

Podríamos plantear que esa heterogeneidad que reconoce Lorenzo, tiene como base perfiles epidemiológicos distintos entre países o regiones y además, que las razones absolutas están por fuera de la racionalidad científica.

Y en el mismo sentido, pero en un nivel distinto deberíamos pensar sobre la pertinencia de ciertas indicaciones médicas derivadas de normas y “planes culturales” pretendidamente universales, sobre sus posibilidades de realización o cumplimiento en condiciones concretas de vida de hogares pobres. La mayoría de las veces, los incumplimientos, los equívocos, no derivan de pautas inherentes a una supuesta “cultura de la pobreza”: lo que difiere es la capacidad de desarrollar pautas de vida apropiadas o “decentes” en una sociedad marcada por la desigualdad. Valentine (1970) hace alusión a ello cuando habla de “elasticidad de valores”: la sociedad inculca valores a grupos que no podrían ajustarse a ellos.

Así, el conocimiento de las condiciones de vida de la población y la experiencia de los pediatras de los CAPS, les permitían tomar precauciones acerca de las indicaciones y de los trata-

mientos, no sólo para lograr su adecuación sino también para evitar efectos iatrogénicos:

“He visto cómo viven y cambié algunas indicaciones, porque hay cosas que los pediatras decimos que son imposibles de realizar. Por ejemplo, qué sé yo, hacer vapor en una casa donde no hay una ducha. A mí se me quemó y no me olvido nunca más..., no se me quemó a mí...pero yo me sentí responsable de la desfiguración del rostro de una nena. Sabés que la nena se quemó toda la cara!... era una muñeca, después bajé la indicación de vapor, casi la tengo reducida a madres que conozco muy, muy bien. (...) de otro caso similar me acuerdo que al chico le habían quemado no sólo la cara, le habían quemado el árbol respiratorio.... Yo no me olvido más. O sea que atender acá te lleva por lo menos unos cuantos minutos asesorarte de cómo...” (Violeta)

“A veces fallamos nosotros. Eh, no nosotros...la soberbia médica, de creer que el otro que no sabe nada y que no se da cuenta de nada, y resulta que las mamás se dan más cuenta de uno, que en quince minutos o en diez minutos tenés que ver al chico y vos decís, bueno, yo no le encuentro nada, está bien, y resulta que no está bien. Porque ellas lo ven las veinticuatro horas del día...y el chico, eh, es activo, es dinámico y bueno, vos lo ves acá que está tranquilo, quietito, lo revisás, no tiene nada...pero la madre sabe que algo tiene.

Este, entonces bueno, aunque yo no le encuentre nada..., le digo, bueno, yo no le encuentro nada...lo más probable es que tenga algo...entonces le digo: bueno, vamos a esperarlo o consultás en el Hospital o... venís mañana.” (Eduardo)

No obstante asumir que la desnutrición constituía un problema de salud prevenible, de diagnóstico técnicamente sencillo y tratamiento eficaz y barato y de hallarse estrechamente asociado con el aumento en las tasas de morbi-mortalidad, existía, con relación a la población que vivía en el área de influencia de los CAPS, un notable vacío de información epidemiológica y de actividad en terreno.

“Sí, claro, la gente (del CAPS) está capacitada, pero está desmotivada. Y la gente del barrio también... ¿para qué me vienen a joder, a llenar una encuesta, a hacer esto, a hacer lo otro, ¿para qué?, ¿viste?, ‘si yo el laburo lo voy a seguir teniendo igual, si mis reclamos no los van a escuchar’, ¿viste?, están cansados, entonces como uno le pide cosas y están... así... ‘jotra vez me venís a joder con esto!... si no vas a solucionar nada’.” (Responsable Plan Materno Infantil-Municipalidad de La Plata)

En este primer eje, observamos que las similitudes entre ambos grupos de pediatras tenían que ver con: el conocimiento de las normas y el reconocimiento de su utilidad (“establecer un patrón de normalidad” constituyendo una “técnica para controlar desvíos de la normalidad”, “vigilar a la población, detectar cambios en el crecimiento y realizar un diagnóstico precoz”); el reclamo de una mayor articulación entre los niveles de atención (apreciación más acentuada en los médicos del hospital); la sobrecarga de trabajo; la escasa motivación para participar de programas debido a la discontinuidad de los mismos; la falta de recursos del Estado que permitan el cumplimiento de las normas y un adecuado tratamiento; la falta de datos sistemáticos; la formación recibida centrada en el estudio de las patologías y no de la salud; la poca relevancia dada en su formación al control del crecimiento y a la alimentación; el marcado sesgo asistencialista de su práctica.

“Mirá, yo te puedo hablar de la formación que tuve. Eh, la salud, eh, generalmente uno veía la medicina por las enfermedades no por la salud... casi todas las patologías; hospitales, patologías, hospitales...como que lo otro lo ignora, así que, eso depende de

cada uno...Pero que te incentiven a hacer algo desde la universidad cuando yo estudiaba, no.” (Gabriela)

La implementación cíclica de viejos programas y la ausencia de respuesta de los niveles de decisión política hacia los eternos problemas de la asistencia sostenían la incredulidad sobre las bondades de los mismos:

“¿Sabés la crítica que yo hago al sistema? Que las políticas no son, no tenemos continuidad nunca. ¿Vos sabés las veces que a mí me vinieron a plantear de vuelta el Plan Materno Infantil? A mí me da una gracia!!! porque el Plan Materno Infantil existe hace muchísimos años...y es más o menos el mismo, no hay grandes variantes. Y cada tanto...ahora vas a ver que van a venir de vuelta...y yo los miraba y les decía: ‘Pero eso yo ya lo tengo hace mucho acá. ¿Sabés lo que necesito yo? una asistente social’.” (Gabriela)

2) Con relación a la caracterización y abordaje de la desnutrición, en los pediatras de hospital se manifestaba, respecto de los médicos de los CAPS: mayor ambigüedad en la conceptualización de la desnutrición y de su cadena causal, escaso o nulo conocimiento del entorno del niño, mayor énfasis en características maternas negativas como factor desencadenante de la desnutrición, la afirmación de que ellas nunca consultaban por el estado nutricional del niño -siempre por patologías-, mayor contraste entre el saber técnico y las prácticas de diagnóstico y tratamiento y carencia de criterios unificados sobre alimentación.

Los médicos de los hospitales y de los CAPS coincidían en la definición de la desnutrición, de sus síntomas, en el tipo de desnutrición prevalente (primaria y leve) que asociaban a carencias socioeconómicas. Todos ellos destacaban la importancia del conocimiento del entorno del niño, de la relación médico-paciente y del diálogo con las madres para afinar el diagnóstico e indicar el tratamiento.

Presentaremos entonces las particularidades de los pediatras que trabajaban en los hospitales y los elementos en común con los de los CAPS.

Ambos definieron a la desnutrición de manera similar, distinguiéndola según su causa en primaria o secundaria.

La conceptualización de la misma, ambiguamente explicitada, cubría un amplio espectro de definiciones técnicas y socioideológicas. Incluía un estatuto biológico de crecimiento inadecuado -e indeseable para quienes ni siquiera pueden expresarla-, a la vez que un conjunto de estereotipos de uso frecuente en la vida cotidiana que integraba representaciones de la desnutrición como problema social, como enfermedad, como trastorno orgánico, como alteración del equilibrio, como descompensación, como privación, como patología de la pobreza, como abandono, descuido, anormalidad, etc.

Las definiciones brindadas descubrían los problemas que surgen de la relación entre normalidad, desviación, patología y de cómo los factores “ambientales” y “biológicos” atraviesan esa relación.

“Es un trastorno orgánico y como todo trastorno orgánico se le puede llamar patología...lo que pasa que los ingredientes que llevan a un estado de desnutrición son muy diferentes de alguna otra patología orgánica. El chico está enfermo pero por una privación socio-psico-nutricional” (Juan)

“Es un déficit... supongo que es social, alimentario (...). Y sí, es una enfermedad. Yo supongo que debe haber una predisposición ambiental que lleva a ese déficit y...bueno...todas las patologías que ese chico absorbe y le produce la enfermedad” (María)

La desnutrición remite centralmente, en términos tanto de cau-

salidad estructural como de prevención, a procesos económico-políticos y culturales, por lo cual la capacidad técnica de los médicos para resolverla es restringida.

Así, planteaban su incapacidad para dar soluciones a los problemas nutricionales, persistiendo el enfoque biologicista en la atención de los efectos, aun cuando mostraba limitaciones evidentes.

Si bien reconocían permanentemente que existía una continuidad entre el individuo y su ambiente y una conexión entre la enfermedad del individuo y las enfermedades del grupo de pertenencia, la formación y la organización sanitaria estaban orientadas a la curación individual.

Para explicar las causas, era recurrente la apelación a factores del nivel “micro” y subjetivos (“no saben”) mediante desplazamientos en la cadena causal:

“es de causa primaria, implica mucho la causa social, en la zona son áreas marginales y bueno...no es sólo por el hipoaporte sino por falta de saber utilizar los pocos recursos que a veces brinda el Estado; no saben cómo distribuirlos o hacer bien un aporte para el lactante.” (Martín)

El conocimiento que poseían los pediatras de los hospitales sobre el entorno del niño era limitado o nulo. Pese al escaso tiempo dedicado al interrogatorio, repetían como características de las familias con hijos/as desnutridos una serie de “factores de riesgo”, destacando:

“No, se puede hacer un interrogatorio, ahondar más el interrogatorio. Habitualmente no se hace así de tomar datos de los padres, del tamaño de las familias...o sea que no se sabe nada de la familia.” (Juan)

“Y en general son las madres que tienen más cantidad de chicos. Las familias muy numerosas. Son de nueve chicos, muy numerosas.Y bueno, y es la falta de atención y aparte la falta de trabajo y... son bastante más descuidadas. Hay algunas que no, ojo...” (José)

“La mayoría son madres que tienen más de cuatro hijos eh... y bueno, no saben, son madres que no tienen la facilidad como para hacer una dieta adecuada (...) capaz que dicen que no tienen pero por ahí tampoco con lo poco que tienen arman un alimento un poco más completo.” (Martín)

La racionalidad y la eficiencia exigidas a aquellos que menos tenían, resultaba a veces sorprendente.

También llamaba la atención el sostenimiento de certezas sobre el peso de algunos “factores de riesgo” incompatibles con otros formulados con la misma fuerza.

Así ejemplo, en lugar del número de hijos, los pediatras de los CAPS, destacaban como factor de riesgo la edad de las madres:

“porque el embarazo adolescente es un factor de riesgo para la desnutrición y tenemos 50% de embarazadas adolescentes, así que son madres.” (Malena)

La consulta espontánea por desnutrición -por demás tardía de acuerdo con el relato- y que correlacionaban con características maternas, era infrecuente en los hospitales, siendo habitual la detección en la consulta por otras patologías:

“En general la población no consulta espontáneamente por desnutrición sino por parasitosis o infecciones banales reiteradas. La mayoría va por una patología aguda, pocos son los que van por control. Las madres lo llevan al hospital porque el chico está enfermo y quieren que le resuelvas en ese momento el problema.” (María)

Los pediatras de los CAPS tenían un registro más matizado sobre la demanda de consulta, también en correspondencia con atributos maternos:

“Pero en general el que viene espontáneamente es el que más rápido sale, porque la mamá es la que está preocupada... esa mamá es la que va a poner las pilas para que aumente el chico.

Muchas veces vienen con síntomas visibles, demasiado evidentes... y uno observa, y uno puede sacar un montón de causas de situaciones que pueden estar pasándole a un chico... Una mamá que llega al consultorio y tira al chico sobre la camilla, te está dando una pauta de cómo está viviendo esa maternidad...son datos.” (Ana)

El tratamiento, limitado por la carencia de recursos que afectaba al hospital público consistía en:

“Y ahí, bueno, dándole pautas a la mamá de alimentación. Si está anémico se le da hierro y eso, pero es un problema social. Lo que pasa es que tampoco el hospital tiene alimentos como para darle. Ya te digo, leche hay veces que, bueno, hoy nos quedamos sin leche.” (José)

“El problema socioeconómico no lo vamos a solucionar desde nuestro consultorio... podemos intentar alguna recuperación porque en los hospitales no hay apoyo alimentario.” (Ana)

La representación técnica del “deber hacer” surgía reiteradamente en los pediatras de los hospitales, ocultando la respuesta referida al tratamiento concreto del paciente desnutrido, dado que todos afirmaban la escasez de recursos para poder llevar a cabo las actividades enunciadas:

“El tratamiento de la desnutrición primaria es multifactorial y consiste en la rehabilitación nutricional, la educación a las madres en los cuidados del niño y el apoyo psicológico. Con eso se logra una buena recuperación.” (Martín)

Lo que restaba hacer, y es a lo que todos los médicos entrevistados apuntaban, era:

“Intentar compensar la causa que en ese momento lo está descompensando porque nosotros generalmente lo vemos en agudo. Y bueno, el apoyo orientativo a la mamá con la alimentación. Suplementos alimentarios no tenemos, sí damos suplementos vitamínicos y hierro porque generalmente está acompañado de anemia.” (José)

Respecto de la prevención reconocían que, en su práctica asistencial:

“Lo que pasa es que la forma de prevenir este tipo de trastorno no depende de vos como médico ni de la madre como madre...hay todo un entorno de tipo familiar, comunitario, de la provincia, del país. Es difícil, yo a la madre lo único que le puedo decir es la importancia de la comida, que coma lo que es más útil. Ahora de ahí a que ella lo haga, dedique tiempo a preparar o que el marido traiga el solvente económico para los recursos que uno le indicó...eso ya uno no lo puede...” (Juan)

“No hay nada planificado. En cuanto al tema desnutrición no hay nada implementado, ni de refuerzos nutricionales o dietas para anemia, no hay nadie que se encargue.” (Ana)

Si esto sucedía en la práctica asistencial, las posibilidades de realizar prevención a nivel poblacional resultaban inviables:

“¡Qué complicado para resolver eso! Es un problema social que el médico no lo puede, lamentablemente...por más que les des la caja de leche...¿viste?, porque le das la caja de leche a ese, pero se tomaron los seis esa leche, obviamente. Es un drama.” (Juan)

En los médicos de los CAPS se presentaba una mayor correspondencia entre el “deber hacer” y las prácticas. Tenían datos estadísticos sobre el estado nutricional de la población que demandaba asistencia, realizaban habitualmente los controles de salud –sobre

todo en los menores de un año–, y afirmaban el cumplimiento de los mismos por parte de las madres así como el de las recomendaciones médicas. Referían una mayor preocupación de las madres por el estado nutricional de su hijo, consultando incluso cuando estaban eutróficos o no tenían signos evidentes de desnutrición. El tiempo dedicado a la atención y a la prevención era mayor y procedían a la derivación al hospital en caso de sospechar alguna patología de base. Presentaban un conocimiento bastante exhaustivo de la población que atendían, reconociendo idiosincrasias según la nacionalidad, adscripción étnica o clase social.

Las distinciones entre grupos y sus características comprendían un amplio abanico de atributos, muchos de ellos estigmatizantes, ubicados en un gradiente que reconocía a los “mejores” dentro de los “peores”, en el que intervenía el cumplimiento como factor ordenador:

“Si bien esta zona es carenciada, hay lugares que son peores. Pero el problema más importante es que la gente es escuchada. Yo creo que tampoco hay que echarle tanto la culpa a que la gente es ignorante. Un ignorante también tiene el mismo derecho a ser escuchado...al que es culto. Y no son dejados, tan dejados como parecen. Yo creo que bueno, hay gente que es muy dejada pero las madres en general tan dejadas no son. Acá vienen, acá cumplen con los controles y con las indicaciones.” (Raúl)

En cuanto a la incidencia de la desnutrición, los datos que manejaban remitían al censo, y todos planteaban que no era un problema que revestía demasiada gravedad:

“Acá se atienden un promedio de 700 consultas mensuales. De los cuales no podría especificar puntualmente el porcentaje. No, cuantificado exactamente no sé, pero desnutridos agudos no hay, son todos límites. Lo más frecuente que se ve que son anemias ferropénicas originadas por parásitos, por parasitosis múltiples...el chico entra ya en el percentilo del tópico, pero está siempre en el límite. Son chicos que vuelven a caer, y sí, una infección, las infecciones y todo eso lo desnutren cada vez más...” (Gabriela)

“Este... así que bueno, si vos me preguntás si acá hay mucha desnutrición...yo te digo que no. Que hay mal nutrición, sí...porque la base es el hidrato de carbono, eh, los fideos.” (Belén)

Aunque muchos niños no podían ser catalogados como desnutridos, sí reflejaban signos de malnutrición:

“Yo había observado que la contextura de los chicos, de peso aparentemente normal de algunas familias, no de todas...era como más... que la composición era blanda...es decir, lo que se podía llamar el desnutrido farináceo...¿viste?, que era gordito pero que no era un chico, eh, sólido...como que le faltaba musculatura. Le hacés la curva y está bien, pero vos lo mirás y es como que le falta..., bueno, una que hay mucha parasitosis también Eh, mi abuela lo llamaba pelo de hambre, que acá mucha gente cree que es pelo sucio y es pelo de hambre...es pelo de ¿viste?, pajizo, opaco, coloradito, y vos le mirás y decís...porque si vas a ver a donde viven...” (Violeta)

El tipo de desnutrición que atendían era en general leve o de primer grado, los que detectaban de mayor gravedad eran derivados a hospitales por estar asociada a patologías de otro tipo.

Si bien el tipo de atención era “fundamentalmente a demanda de lo que pide la gente”, los controles de salud,

“Sí, se hacen. Sí, hasta el año acá en el centro nuestro es la actividad prevalente. Y durante el primer año las madres cumplen. A los que necesitan les damos leche de vaca, no maternizada porque maternizadas la Municipalidad a veces compra, pero tenemos a veces un stock de 12 kilos de leche maternizada por mes y a veces pasan dos, tres meses y no tenemos” (Lorenzo)

Luego del año los controles se hacían cada vez más espaciados y la demanda se daba en caso de patologías:

“Y del año a los dos años lo que les digo son controles trimestrales y ya después lo traen cuando tiene una patología. Después de los dos años, bueno, y nos pasa a nosotros con nuestros hijos...y las madres también aprenden. En general charlamos bastante sobre las conductas anticipatorias que uno tiene, que las mamás tienen que tener y que conocer con respecto al manejo de los chicos, sobre todo, bueno, en determinadas patologías...y lo saben...qué sé yo, la dieta para una diarrea...preparar el suero de rehidratación...lo saben, lo saben...” (Lorenzo)

La consulta espontánea por desnutrición incluso se daba cuando no presentaban manifestación orgánica alguna:

“Siempre consultan, muchas veces...consultan espontáneamente por desnutrición no estando el chico desnutrido. Yo te diría que de cuarenta, de treinta y cinco consultas diarias, yo te diría que diez son porque la mamá lo trae porque no quiere comer. La mamá se ocupa mucho de eso. Porque eso...la comida, representa para ella un vínculo, una manera de vincularse con el hijo. Es el primer vínculo con la madre...y a través de la comida es el medio.

A mí me pasa eso, a las madres les preocupa el estado nutricional del chico, no sé si a todo el mundo le pasará.” (Susana)

“Sí, les preocupa. Si la madre es normal, sacando las madres que te dije de alto riesgo, todas vienen al control para ver cómo está el peso de su bebé.” (Violeta)

Cabe recordar que el proceso de pauperización evidente en nuestro país en ese momento hizo que familias de clase media empobrecida se volcaran a los servicios públicos de salud, modificando perfil de población que tradicionalmente era atendida. La heterogeneidad de la pobreza complejizó las distinciones entre categorías de familias y pacientes y condujo a acentuar o a establecer nuevas fronteras, sobre el pivote común que define cualidades maternas: cuida/descuida, atenta/dejada, responsable/irresponsable; culta/ignorante; preocupada/despreocupada. Cualidades éstas que, como se dijo, se definían en gran medida en función del cumplimiento del control.

“Mirá, al centro de salud, por ahí van, para decirlo así en forma global...como dos tipos de, es difícil decir categorías de gente...o de clases...de gente, ¿no?. Pero bueno, están los que son pobres y los nuevos pobres, por decirle a la clase media empobrecida.

Por lo tanto las demandas son diferentes ¿no?, o los niveles de exigencia, también son diferentes. No es lo mismo el nivel de exigencia que presenta una familia que entró a la pobreza por estos cambios económicos y una que ya venía de familia de gente pobre. Son muy diferentes... como que unas se sienten preocupadas ¿viste?, las madres se sienten tocadas cuando se les dice que por ahí el chico está desnutrido, ¿no? ...o está bajo de peso, es decir, como que sí, toman en cuenta que es una responsabilidad de ellas por ahí que su chico esté desnutrido.” (Raúl)

Las características de las familias con niños desnutridos tenían que ver con dificultades económicas, desatención, abandono afectivo:

“Un nivel muy bajo, nivel económico muy bajo, hay un pseudocuidado, ¿viste?

En general se da en aquellos chicos, en los de bajo peso, en los que las mamás se despreocupaban... entrecomillado el despreocupado...porque me los traían acá a los controles: ‘¿Le hiciste los análisis?: ‘Ay, no, no tuve tiempo, tuve que salir a trabajar, no tengo con quien dejar al otro chico’...este, ¿viste?, también están limitadas en eso.” (Malena)

“Además...digamos que después de la causa orgánica, como yo digo, parasitosis y a su vez anemia, este... la desnutrición psico-afectiva es

una causa también importante ¿sí?” (Gabriela)

“Yo te diría que hay mamás afectuosas, eh, absolutamente, como dicen ahora, maternalizadas; pero depende de cómo fue su historia personal” (Belén)

En la recuperación de la desnutrición, se marginaban los problemas económicos y se destacaba la historia personal y la contención e integración familiar:

“ahí hubo afecto, hubo también una abuela contenedora, hubo un abuelo que murió que daba un poco de sostén. Hubo como un clan. Yo le doy mucho valor al aspecto, no sé cómo explicarte, al cariño que la gente pone en la crianza. O sea, eso lo veo, lo he visto en el tiempo.” (Violeta)

A las distinciones de clase social, se superponían aquellas que referían a los inmigrantes, cuyas idiosincrasias étnico-nacionales podían leerse en los niños/as.

Uno de los problemas que preocupaba a los pediatras tenía que ver con el desarrollo psicomotriz y psicosocial, sobre todo de aquellos que atendían niños/as de hogares de origen boliviano. Observaban déficits de estimulación del desarrollo infantil en la población boliviana mientras que la desnutrición se daba con mayor frecuencia en los hogares de origen paraguayo:

“Bueno, te digo que mi experiencia acá es de diecinueve años...tenemos muchos migrantes, hay desnutridos en todos los grupos de migrantes, eh...se desnutren más los paraguayos que los bolivianos ¿Viste que los bolivianos vienen de la cultura aymara y tienen una estructura familiar muy sólida, muy rígida. El boliviano por ahí se puede llegar a desnutrir por la parasitosis cuando empieza a caminar, pero son muy buenos lactantes. El problema del boliviano es cuando empieza a caminar porque los hábitos de higiene ¿viste?, que no son muy... son pobres. Y el estímulo es pobre también. En la feria los ponen en cajoncitos... y son esos chicos con cabecitas braquicéfalas, chatitas y están mucho tiempo quietos. Porque ellos aparte cultivan la, eh, cultura...de la quietud. O sea, el chico que se mueve molesta. La falta de estimulación es aterradora, ¿viste?, que lo llevan acá atrás... envuelto, al rayo del sol, ellas están levantando la cosecha y el pibe está en la espalda recibiendo todo el sol, así que por ahí hay algunos deshidratados, ¿viste?, y después la falta de higiene...son todas cosas, bueno, que te llevan mucho trabajo, en el Centro se puede trabajar mucho con eso, si, si les tenés paciencia.” (Violeta)

Con relación a dicha particularidad, subyace la idea de que la misma es consustancial a la manera de ver el mundo, a no saber vivir de otra forma. Tal argumento, de sostenerse, contribuiría a aceptar la esterilidad de políticas orientadas a modificar formas de vida, estructuralmente determinadas, que implican la desigualdad en el acceso a bienes y servicios valorados socialmente y reconocidos como un derecho.

El peso atribuido a ciertas pautas culturales distintivas, no se interpretan en función de condiciones y experiencias de vida. Cabría pensar que ciertas manifestaciones de pasividad, sentimientos de marginalidad, desamparo y dependencia concuerdan frecuentemente con las circunstancias objetivas en que se desenvuelven. Podría pensarse que los pobres, cualquiera sea su idiosincrasia cultural, también suscriben las normas de la clase media, de la sociedad en general, en gran parte de las esferas vitales; después de todo, integramos la misma sociedad.

“La mayoría sí cumple...hay casos, como todo ¿no?, de excepción” (Lorenzo)

El tratamiento indicado a los desnutridos consistía en la dación de leche, alimentos, hierro y suplemento vitamínico, además de recomendaciones a la madre en cuanto a la preparación de ali-

mentos. En ese sentido la intervención médica consistía en enfatizar las ventajas de los comportamientos adecuados y modificar, regular o eliminar comportamientos anormales o desviados. Esto lo hacían a través de las recomendaciones alimentarias, la insistencia en los controles de salud, la promoción de hábitos alimentarios y de higiene, etc.

Asimismo, el tratamiento antiparasitario contribuía sustancialmente a mejorar el estado nutricional:

“Los chicos que son tratados con el tratamiento antiparasitario es espectacular cómo mejoran en peso...los chicos tienen otra actitud frente a la comida, comen más, ¿eh?” (Gabriela)

Respecto de la eficacia del tratamiento, hay quienes reconocían limitaciones y gran frustración:

“A veces, ¿viste?...te das contra la pared diciendo: ‘hasta acá llegó mi amor’...porque realmente...se hace difícil. Es limitado, sí, sí.” (Raúl)

“Se puede llegar a ayudar en forma de hacerle más controles seguidos, tratar de que se enferme menos, de conseguirle medianamente -si se puede- algo de lo que necesita. Pero son problemáticas muy duras y muy difíciles de resolver.” (Eduardo)

Las actividades preventivas se limitaban a recomendaciones durante la consulta propiciando conductas anticipatorias y umbrales de demanda oportunos:

“La tarea preventiva, la hacemos un poco en el consultorio, no tenemos posibilidad de salida al exterior, no hay asistente social.” (Susana)

En lo que hace al cumplimiento de las recomendaciones médicas opinaban que:

“La mayoría sí cumple...hay casos, como todo, ¿no?, de excepción, pero generalmente lo que, estos casos de excepción son porque hay una problemática social muy grave de trabajo...que por más que hagas lo que hagas ese chico está, por la problemática social está ya jugado, ¿no?...y es muy difícil de revertirlo en el centro de salud, cosas muy groseras, muy fuertes y que escapan a uno...eso no podés llegar a resolver nada, es todo el entorno social que vive, ¿no?” (Lorenzo)

“En general ¿viste?, el manejo de la alimentación corre mucho más por el bolsillo del grupo familiar que por la indicación que uno pueda llegar a darle.” (Malena)

“Mirá, en general están bastante informados...aunque a veces te llevás algunas sorpresas tristes.” (Gabriela)

Finalmente, un dato que algunos pediatras destacaban -debido al énfasis puesto en la promoción de la lactancia para prevenir la desnutrición- era su prolongada duración:

“Pero en general las mamás les dan de mamar y a veces en demasía, o sea, habitualmente sucede al revés, yo creo que sucede más que nada por la prolongación de la lactancia que por el poco tiempo. La lactancia, más allá de los ocho meses, o sea, al prolongarse la lactancia, el chico comienza a desnutrirse, porque el chico que toma la teta no toma leche de vaca y no come. Y ya tiene una edad como para, este, necesita más calorías para crecer. Entonces no crece, empieza a anemizarse, la anemia origina menos apetito, es un círculo.” (Violeta)

Asistir a personas cuya salud se juega en otros campos, desalentaba y mostraba la limitada capacidad resolutoria:

“Esa es mi experiencia, de cualquier manera es bastante, en algún aspecto es un poquito desalentadora, ubicate en mi realidad, que uno cree cuando viene acá cree que con lo que viene a traer le va a ayudar a la gente a resolver sus problemas. Tenés que aprender que el problema del chico lo resuelve la familia...y con las potencialidades que tiene. Por ahí el médico puede ayudarles a hacerles ver esas potencialidades...” (Malena)

Pero la tarea pedagógica desplegada en las consultas de los CAPS, a menudo tampoco daba resultados auspiciosos. En esos casos, si bien percibían que los consejos habían caído en saco roto, constataban a la vez que pese a lo que consideraban enormes transgresiones, los chicos igual sobrevivían:

“Un día me sentí defraudada porque atendí el tercer hijo de una paciente mía y yo le digo: ‘¿Qué le das de comer?’, tres meses, ‘Come con nosotros’, yo ya me empecé a...le daba de todo. Tenía tres meses y le daba de todo...le daba los guisos completos, le daba, faltó que le diera vino...Y ella tenía más chicos y yo se los había atendido a todos. O sea dije: estos no entendieron nada, ¿para qué hablé?, hablé de gusto. No hablo más. Sobrevivieron igual todos. También pienso en eso, sobrevivieron. No, pero era mucho, ¿eh? te digo que era mucho.” (Violeta)

En estos casos, los esquemas clasificatorios, en función de las respuestas de las madres a las actitudes compasivas de los médicos, se ligaban a sentidos sobre “merecedores” y “no merecedores” de asistencia.

En otros casos, los problemas de comunicación y las quejas de algunos médicos sobre las brechas comunicativas, resultaban incluso paradójicas. Tal es el caso de la omisión por parte de muchas mujeres, de informarles a los médicos que tomaban pastillas anticonceptivas cuando se les consultaba sobre el consumo de medicamentos¹⁰. La confrontación de dominios semánticos descubría, en todo caso, que el significado de “sentido común” de las pacientes respondía a la definición canónica¹¹.

3) La última dimensión de análisis de las entrevistas, es la que contiene la apreciación de los médicos sobre la receptividad y respuestas de las madres en la atención del hijo/a desnutrido, sobre los cuidados y sobre el uso de medicinas alternativas.

Con relación a esto, las diferencias se observaban en que -comparativamente con los pediatras de los CAPS-, los pediatras del hospital consideraban que las madres carecían de signos de alarma, ellos sobredimensionaban la utilización de medicinas alternativas, las estigmatizaban en mayor medida, y la eficacia que atribuían a las mismas estaba basada en principios y entidades reconocidas por la medicina científica (la cura coincide con la evolución natural de las virosis). Los pediatras de los CAPS reflejaban un mayor conocimiento de la medicina “popular” y reconocían los principios activos de los “yuyos” y de los mecanismos fisiológicos que desencadenaban ciertas prácticas curativas. Asimismo señalaban no tanto la oposición sino más bien la complementariedad de ambas formas de atención.

Las consideraciones similares en ambos grupos se relacionaban con la visión de los médicos acerca de la reacción materna -de preocupación y no de alarma- frente al diagnóstico de desnutrición y sobre la negación, por parte de las madres, de limitaciones económicas familiares que imposibilitaban una adecuada alimentación,

(10) Se trata de situaciones planteadas por médicos generalistas de CAPS, en conversaciones informales durante el trabajo de campo del estudio que estoy comentando y de otro realizado en 2005 sobre maternidad adolescente.

(11) “Sustancia que, administrada interior o exteriormente a un organismo animal, sirve para prevenir, curar o aliviar la enfermedad y corregir o reparar las secuelas de esta” <http://dle.rae.es/srv/fetch?id=OkIjC3R>; “sustancia que sirve para curar o prevenir una enfermedad, para reducir sus efectos sobre el organismo o para aliviar un dolor físico”; etc. Ver también http://www.who.int/topics/essential_medicines/es/; <http://www.anmat.gov.ar/webanmat/consumidores/faq.asp#>.

estando presente en esta negación el estigma con el que la madre debía cargar. Para las madres, de acuerdo con la apreciación de los pediatras entrevistados, la desnutrición era el resultado de alguna patología o de la “pata de cabra” y la mayoría de ellas respondía de manera satisfactoria a las recomendaciones médicas.

Todos los entrevistados conocían el uso de la medicina popular por parte de sus pacientes y adoptaban una actitud de “respeto” con advertencias sobre los riesgos de intoxicación con té de “yuyos”. Planteaban la dificultad de modificar o alterar dichas prácticas y creencias ya que formaban parte de “su” cultura y en general, las ubicaban en el campo de lo sobrenatural, de la magia o de la superstición.

Acordaban que las respuestas maternas frente al diagnóstico imprevisto no evidenciaba alarma aunque sí preocupación.

“Cuando les digo a las madres que su hijo está desnutrido... se preocupan” (Eduardo)

Esta actitud, mayoritaria, resultaba sin embargo más evidente en aquellas cuyos hijos no presentaban mayores problemas o bien las que respondían exitosamente al tratamiento, habiendo casos que no manifiestan preocupación:

“Algunas, las que no se tienen que preocupar...se preocupan porque la abuela les dice que el chico está flaquito...entonces venís, lo traés, lo pesás, lo medís y está dentro del percentilo normal... percentilo 50, bárbaro, le digo: ‘no, quedate tranquila’, porque la abuela, la suegra le dijo...y no, está bien. Y las que son desnutridos, a esas no les preocupa.” (Malena)

“No,...no, hay muchas que no se hacen problema. Hay otra por ejemplo como la que está hoy citada, que viene acá, este, sí, estaba preocupada.” (María)

La apreciación sobre las respuestas de las madres ante el diagnóstico de desnutrición reflejaba, en virtud de los comentarios de los pediatras, la gravitación de la culpa.

El estigma asociado al término desnutrido era compartido por las madres a quienes les incomodaba tal etiquetamiento:

“Hay otras como que se sienten heridas digamos. Porque es como que es culpa de ellas. Este... y es medio como que no les gusta.” (Ana)

“No les vayas a mencionar distrófico ni desnutrido porque les choca. Si les decís está flaquito ya es distinto y vos en definitiva querés expresar lo mismo. Porque ya viene con la idea de que es maltrato hacia el chico o porque evidencian el trastorno económico.” (Juan)

De allí que muchos optaban por un cambio en la terminología:

“Le dije que era bajo peso; le cambié el nombre. Porque con esa mamá yo la palabra desnutrido no la puedo usar. La pauperización la hace sentir muy mal, por eso, sin embargo ella sí tiene nivel de alarma.” (Raúl)

Según los médicos, prevalecía en las madres una actitud de negación de problemáticas económicas o de alimentación familiar; y las reacciones de ellas frente al diagnóstico dependían de la edad del niño, de la gravedad de su estado nutricional, y de la presencia de patologías:

“Los que llegan con patología y con un déficit de primer grado, esos, jamás la madre piensa que está bajo de peso, dice que come bien... bueno, medio que lo niegan. Pero a veces también se preocupan mucho y ahí empiezan a dar bolilla y responden bien.” (Martín)

“Les sorprende el diagnóstico ‘porque el nene come bien’. Otras lo aceptan como algo factible: ‘me parecía que estaba flaquito’, ‘me come poco’. En general después de varias charlas entienden el diagnóstico y cumplen las indicaciones en la medida de sus posibilidades

económicas.” (María)

Asimismo, planteaban que para la mayoría de las madres, la desnutrición no era una enfermedad:

“La gente no considera a la desnutrición como una enfermedad en sí misma. Muchas veces hacen referencia a la desnutrición como una consecuencia de infecciones. Otras veces señalan que todos los hermanos son flaquitos y ese también. (...) Que es porque está enfermo el chico, que no es culpa de ellas... y algo que le busque yo...porque el chico tiene algo que por eso no engorda. Entonces, este... tratan de desligar.” (Martín)

“Que se enferman muchas veces y eso los hace bajar de peso, que le tocan más las diarreas o el mal tratamiento de la enfermedad, ya que se reitera siempre lo mismo.” (Juan)

La demanda espontánea por bajo peso se daba en casos de suma gravedad: “los signos de alarma no los tienen”.

Contradiendo su apreciación acerca de la importancia de la comunicación con la madre, de la explicación de la enfermedad y de los cuidados maternos hacia el niño, a esta pediatra le preocupaba que las madres supieran reconocer los signos de la desnutrición, no sus causas y menos aún la forma de resolverla argumentando que “para eso estamos nosotros”:

“yo quiero creer que la gente tiene que creer que es una enfermedad más, un trastorno, que debe ser atendida y que no tiene por qué saber por qué su hijo está desnutrido porque para eso estamos nosotros. Yo lo que necesito como médico es que se den cuenta de que algo alrededor de su hijo está pasando, después somos nosotros los que nos tenemos que encargar.” (María)

Si bien casi todos solían reconocer la importancia del autocuidado y la autoatención en las recomendaciones terapéuticas, lo hacían de forma instrumental, en el mejor de los casos orientada por el «sentido común» del médico; como coadyuvante del tratamiento. Desde la medicina el reconocimiento de este campo era generalmente reducido a su posible incidencia en la llamada «adherencia» o «cumplimiento terapéutico”.

Los médicos entrevistados planteaban, con relación al uso de medicinas populares, una actitud de respeto “siempre y cuando no sea nocivo:

“Soy respetuosa porque creo que es toda una manera de expresar la cultura. Por eso dije, que en el caso de los tés, o sea, hay algunas situaciones que no...o sea, siempre y cuando no sea nocivo, no le haga daño, sí.” (Belén)

“Sí, ellas me cuentan que lo mandan, pero no son la mayoría, no, para nada. Y cuando me cuentan no les digo nada. Es respetar al otro. Yo sé cómo ellos piensan y es como ponerse en el lugar del otro...y bueno, entender que ellos, este, tienen ese razonamiento y bueno...y esa es su interpretación. Yo no la voy a cambiar. Lo que sí es que hay que advertirles, claro, en cuanto al uso de tés. O sea, todo lo que es la intoxicación folklórica, que es re-frecuente que cuando está con diarrea todas las mamás le dan algún té: de manzanilla, yerba de pollo, poleo, qué sé yo.” (Lorenzo)

Las prácticas de atención ponían de relieve que lo cultural, en tanto diferencia, representaba un obstáculo a las normas y prácticas sanitarias instituidas, valorándose su recuperación para mantener el control.

La reproducción de los saberes adquiridos y la falta de actualización de nuevos saberes obligaban a los médicos a refugiarse en el terreno de lo conocido y a condenar aquello que en realidad desconocían o conocían fragmentariamente

“Yo no tengo experiencia con la medicina folklórica porque estoy formado para usar otro tipo de medicina. Se dicen muchas cosas de un lado, en la parte profesional, y se dicen cosas del lado del paciente. Es cierto que muchas cosas que toman son tóxicas, incluso los chicos corren riesgo de vida en los primeros meses sobre todo. Pero también gente que ha hecho experiencias en comunidades donde ha trabajado y manejado medicaciones a base de hierbas, se sabe que tienen beneficios. Entonces yo lo único que le digo a la gente...cada uno es respetuoso de tener la creencia que tenga. Yo estoy obligado a informarle lo que conozco de cada yuyito, de cada hierba y recomendarle lo que no le conviene hacer. Un paico al mes de vida puede llegar a ser mortal.” (Juan)

La utilización de infusiones caseras y la consulta a curanderos formaba parte del conjunto de atributos intrínsecos y extensivos a toda la población pobre.

“Yo te digo, yo pienso que es más cultural que otra cosa, por eso se mantiene, se da más en la gente de más bajo nivel socio-cultural”.

“Usan yuyos, té de yuyos en cantidad. De todo, hasta orégano, de todo. Tenemos cualquier cantidad de esa medicina folklórica, cualquier cantidad...de todo, paico... y tenemos un cartelón así en la pared incluso, cada cosa lo que provoca, para qué lo dan habitualmente y qué es lo que hace y este..., no, pero y muchas lo niegan. Pero sí, sí, le dan. Hay muchísimos casos de intoxicación, chiquititos, ¿eh?... paico, poleo son los más comunes. Pero hasta orégano he escuchado. Que según dicen...la que llega al orégano es porque ya le dio todo.” (María)

El respeto hacia dichas prácticas estaba condicionado a su uso complementario y subalterno respecto de la medicina científica, tratándose de una declaración formal y relativa al tipo de tratamiento:

“Los tratamientos populares pueden ser aceptados por la medicina mientras no interfieran con ella. En la medida en que no retrasen los diagnósticos o interfieran con el tratamiento médico indicado o dañen la salud como la intoxicación folklórica, no se realizan mayores recomendaciones.” (Martín)

“Que mientras que no les dé de tomar algo, té o algo que sea ingerir, que sea de palabra o pasarles un talco sí, nada que absorba por piel... que lo lleven pero siempre ahí junto con la consulta del médico ¿eh? (...) Porque tienen muchas creencias, hay muchos que están muy afeerrados. Tienen fe en las palabras y bueno, es su forma de expresar de tratar de ayudar al chico de su parte.” (Juan)

El médico intentaba captar la confianza de la madre a fin de asegurar mayor control del caso, alarmando acerca de los efectos iatrogénicos que podían provocar:

“Con los pacientes se habla sobre el tema. Es más y es como que cuando hablamos alarmamos sobre las contraindicaciones, sobre los efectos, digamos, y como que se los hacemos.....peor de lo que son. Que realmente te digo, han llegado algunos y se han muerto. Generalmente les digo que no les den nada de tomar y que me cuenten. (...) Yo creo que las mamás con esos tratamientos se deben sentir más contenidas... es como parte de ellas ¿no? Yo les digo que tienen que ir a las dos cosas paralelas.” (José)

La actitud neutral –al menos aparente y provisoria– obedecía a la necesidad de conocer qué otro tratamiento estaba recibiendo el niño para poder evaluar su estado y evolución:

“Nunca le contradigo cuando me dicen que van al curandero, más vale escucho Aunque me dice que le está dando un yuyito, algo, escucho y espero que siga contando a ver qué más está haciendo, ¿no? Es una forma de acercarme...pero no, trato de, de por lo menos no contradecir lo que es curar el empacho, curar la pata de cabra, eh, no le aconsejo que vayan pero tampoco le digo que no vayan. Las madres me comentan que van, sí, sí, es muy frecuente. Y por lo menos, con esas creencias no, no podés, es como la religión, ¿no?” (Lorenzo)

De acuerdo con los testimonios de los entrevistados, las creencias populares se mantenían no solo por hallarse enraizadas en “su” cultura sino también por desconfianza hacia la medicina científica:

“Pienso que esos tratamientos se dan cuando la gente no tiene completa confianza en la medicina y también porque están muy arraigados en la población”. (Martín)

El efecto negativo atribuido por la mayor parte de los entrevistados a las prácticas de automedicación, hacía pensar sobre la existencia de amplios conjuntos sociales comprometidos con la irracionalidad, que de manera vacua o aun con efectos perjudiciales, apelaban a recursos terapéuticos alternativos debido a automatismos propios de la “herencia cultural” de la “cultura de la pobreza”:

“No sirven para nada. Yo creo que es un problema cultural, por eso siguen. Se lo van diciendo de madre a hija: ‘...porque yo te daba y si le das un poquito’, y... así, se transmite.” (María)

La pregunta pendiente que se impone, dada la habitualidad que según los médicos tenían tales prácticas y su potencial gravedad, es: ¿por qué no se mueren más o hay más registros de internación por intoxicación “folklórica”?¹²

Por otra parte, la eficacia que algunos médicos asignaban a los tratamientos populares estaba fundada en la historia natural de la enfermedad:

“Lo que pasa que cuando se cura, que piensan que es por el curandero coincide con la evolución de la enfermedad, entonces generalmente coincide con eso: se terminó la virosis.” (Ana)

Otros destacaban la eficacia pragmática de los tratamientos populares, habiendo leído acerca de ellas, conocido y experimentado algunas de las prácticas de uso frecuente:

“Ojo, hay que informarse hay que leer, pero en la medicina que me formé yo no figuraban. Hoy la OMS está saliendo a reconocer como productos útiles a ciertas hierbas. En este momento no recuerdo cuáles son.” (María)

“Sí, el doctor Gianantonio me enseñó a tirar el cuero. Mi mamá me enseñó a mí...y le enseñó, te estoy hablando del doctor Gianantonio...eh, él fue el que le enseñó a tirar el cuero...o sea, existe la explicación fisiológica. No, y los yuyos también, digamos, aparte se confunde, yo a veces digo, bueno...el problema es de osmolaridad. Sí, y por ahí...o se deshidratan.... Por ahí no el yuyo en sí, pero sino la cantidad...Cuando son chiquitos sí, se mueren, ese tipo de convulsiones...el desequilibrio es muy grande. La hidratación en los chicos de menos de un año, el balance del agua... es muy delicado.” (Gabriela)

Una de las entrevistadas, a raíz de su experiencia profesional y de una investigación realizada con plantas medicinales comentaba que:

(12) La información disponible indica que la intoxicación medicamentosa en los niños se da predominantemente por remedios de patente, cuya venta libre se incrementó casi 300% entre 2000 y 2016. Por problemas de espacio omito las referencias y recomiendo un informe reciente: http://www.ieps.com.ar/es/informes/Revista-IEPS_2015-05.pdf

“había empezado a hacer un relevamiento porque yo tenía la hipótesis que se confirmó...se confirmó pero no lo pudimos hacer bien...de que no eran tan tóxicas las sustancias...”

No son tóxicas. Yo relevé, ya te digo, doscientos casos, me llegaron a traer, tenía lleno de paico, yo no las conocía...de todo. El caso más simpático es una chica que me mencionó diez yuyos. Cuando terminó, me había dado, habíamos confeccionado una planilla donde decía, bueno, formas de administración, dosis, eh, para qué lo daban, o sea, posología, todo...

Yo tenía con nombre y apellido, familias...O sea, eso volcado a datos concretos.

Las familias cómo le daban al adulto, cómo le daban a los chicos, cómo los preparaban...

De todos los casos, si no me mintieron, hubo un solo caso que la mamá reconoció una intoxicación...y el caso más gracioso fue una abuela, la chica esta que le digo: ‘¿Cómo sabés tanto de yuyos?’ ‘Mi abuela me enseñó’, ‘¿Y tu abuela vive?’ le digo, ‘Sí’, me dijo. ‘¿Y qué edad tiene?’ ‘104 años’. Yo dije: ‘Dame los yuyos’.

Pero bueno, yo creo que con todo hay que hacer un equilibrio. Yo trato de que si veo, primero trato que no lo tomen los bebés chiquitos, porque acá hay mucha gente que hace cocimiento...no es lo mismo que infusión...y el cocimiento sí intoxica...

Pero yo recuerdo acá, van a hacer diecinueve, veinte años que estoy acá...intoxicados por yuyos vi un solo caso. Yo les trato de que no lo hagan porque son muchas cosas después para valorar en la evolución del chico...pero el empacho, la cintitas rojas...los collares con dientes de perro...sí.” (Violeta)

La ambigüedad respecto de las otras formas de atención operaba de manera selectiva y oportunista, pues mientras que los cuidados y la autoatención eran de modo intermitente reconocidos y convocados como formas complementarias de la atención profesional, comúnmente solían ser consideradas por ellos como negativas por más que las declarasen decisivas en la resolución de los problemas de salud, especialmente cuando apelaban a medicinas alternativas.

El problema de la automedicación y de las medicinas alternativas, restringido por parte de todos los entrevistados al campo de la medicina folklórica en sectores bajos, aparecía finalmente como problema y se abría como espacio de reflexión también para el caso de la medicina científica y de sus respectivas eficacias:

“Ese es un tema grandísimo, el tema de la automedicación...el tema de creer de que a través de esas hierbas hacen milagros... el único que hace milagros es Dios. Para responderte tendríamos que hablar de creencias culturales, de lo que la gente piensa de por qué el sistema permite que la gente vaya y compre medicamentos. (...) Y con la masificación de la medicina como se está produciendo, de la atención médica masificada cada día van a pulular más esos tratamientos alternativos. Antes si vos ibas a ver a un médico clínico se tomaba 45 minutos, en este momento no sé cuántos médicos hacen eso. Y no sé, por la falta de tiempo, cuántos diagnósticos se pueden estar escapando por la forma en que yo puedo atender o en general los médicos pueden estar atendiendo en ese momento. Si van cien personas a un lugar a consultar, de esas cien se curaron cincuenta y quedaron otras

cincuenta sin respuesta. Y en los hospitales ni hablemos, la posibilidad de solucionar esos problemas son cada vez menores. Y la gente necesita soluciones y las va a ir... va a recurrir y la gente, la gente en general, el ser humano, por una cuestión de instinto de salvación...va a buscar las soluciones donde sea.” (Juan)

Desde sus categorías conceptuales, este médico hacía referencia mediante su idea de “instinto de salvación” al proceso de autoatención –desarrollado anteriormente– en tanto modelo de cuidado y atención estructural de los individuos y de los microgrupos.

Respecto de la “pata de cabra”, enfermedad ampliamente conocida en las familias de sectores pobres que cae bajo la órbita de atención de la medicina popular y que se relaciona frecuentemente con un estado de desnutrición (Ortale y Rodrigo, 1997) los pediatras planteaban:

“La pata de cabra es una fábula que todo el mundo la cree. Y que te la cuentan, yo la aprendí acá, nunca la había escuchado, es algo muy mágico, ¿viste?... es como una fantasía...es como que va subiendo, dicen, por el espinazo y que llega a la zona de acá...algo yo escuché del bicho, del gusano...ponen mucha magia en eso.” (Belén)

“no lo relacionan con que tenga alguna enfermedad sino que tienen algo de esto que para ellos es enfermedad a su manera. Dicen que no aumentó porque tenía la pata de cabra...pero cuando uno les pregunta puntualmente.” (Juan)

Esta situación no era ocultada por las madres quienes la comentaban al médico siempre y cuando el mismo se interesara por el tema:

“Sí, ellos hablan de la pata de cabra. Y lo comentan...sí, y te dicen que lo llevan al curandero... No sé a la pata de cabra qué le dan pero en general los frotran...” (José)

“Muchos lo curan de palabra o le pasan algo en la espalda. Las madres no lo ocultan que fueron, me lo dicen, siempre asocian al hijo flaquito con la pata de cabra. A veces el mismo curandero también lo manda al médico.” (Juan)

No está de más señalar que los tratamientos alternativos se dan simultáneamente o alternadamente con la asistencia a la medicina formal:

“... acá igual vienen solitos, ¿eh?. Yo no sé si el curandero, este, les dice vayan al pediatra, eh, pero vienen. Yo creo que se quedan más conformes... sí, más tranquilos. Le hicieron la terapia alternativa... y por las dudas que no tenga alguna otra cosa vienen el día de la atención.” (Eduardo)

Más allá de las particularidades de los entrevistados, cuyas diferencias según su ámbito de trabajo se registraron en las prácticas y sus coincidencias en las manifestaciones sobre el “deber ser” o el “deber hacer”, de lo expuesto se pueden abstraer algunas expresiones de la biomedicina, a saber:

- Una representación abstracta y homogénea de sus saberes, en ocasiones orientada por la ilusión de que ciencia y verdad se confunden.
- El centramiento en aspectos orgánicos, produciendo una tensión entre el saber derivado del modelo científico (un saber sobre el organismo, sobre las enfermedades), y el sentir (expresado en las prácticas cotidianas de los médicos asistenciales que interactúan con los pacientes).

(13) Retomando a Giddens (1995), el poder no necesariamente se enlaza a un conflicto en el sentido o de una división de intereses o de una lucha activa; el poder no es intrínsecamente opresor. El poder es la capacidad de alcanzar resultados; que éstos se relacionen con intereses puramente sectoriales no es esencial a su definición. Como tal, el poder no es un obstáculo a la libertad o a la emancipación sino que es su verdadero instrumento, aunque sería insensato desde luego, desconocer sus propiedades coercitivas. La existencia de un poder presupone estructuras de dominación por las cuales opere un poder que «fluya parejamente» en procesos de reproducción social (y que sea, en cierto modo, «invisible»). La manifestación de fuerza o su amenaza no es el caso típico del uso del poder.

- La pretensión de una mirada objetiva de los problemas que atiende, la que promueve el desplazamiento de factores esenciales relacionados con su práctica.
- Un enfoque reduccionista de los procesos culturales implicados en la salud/enfermedad/atención.
- Identificación con la función curativa, pese a la relevancia de la normatización y control.
- Eficiencia diagnóstica y eficacia terapéutica como elementos centrales que explican su preeminencia respecto de otras formas o sistemas de atención
- La extensión de su campo de competencia e intervención a problemas sobre los cuales su eficacia terapéutica es limitada o nula, desempeñando funciones de control y normatización de comportamientos que inciden en la salud.
- La paradoja de la medicalización, que a la vez que establece un distanciamiento respecto de los saberes y prácticas no científicas o “legas”, al mismo tiempo implica articular con ellas; requiriendo mínimas correspondencias o correlaciones entre ambos tipos de saberes. El saber médico, para actuar eficazmente, para servir como cura y control, necesita funcionar en un espacio cultural y social compartido o común de reconocimiento.
- La importancia de la relación médico/paciente como espacio en donde: se da la articulación de saberes, se sostiene y legitima el modelo de atención, y se generan nuevos conocimientos científicos.
- La estructura asimétrica de dicha relación derivada de que el conocimiento genera poder¹³. La posición subordinada del paciente en su relación con el médico involucra una necesaria enseñanza (la prescripción médica) y una necesaria apropiación (cumplir dicha prescripción).
- Espacios mínimos dedicados al conocimiento de los enfermos, pese a las declaraciones sobre la importancia de la escucha y de comprender la subjetividad de los pacientes.
- Posición ambivalente respecto de la autoatención (se reclama y se condena).
- Lo cultural está en los “otros” y se percibe como obstáculo, resistencia o barrera a normas y prácticas sanitarias instituidas.
- La descalificación de prácticas ajenas a su dominio, por más que algunos médicos incorporen –no sólo en su vida privada–, nociones y recursos de medicinas alternativas, tal como se constata con la “medicina holística”.
- La recuperación de otros saberes y la identificación de otras formas de atención se realizan, la mayoría de las veces, con fines instrumentales.

Ahora bien, estos rasgos se complejizan al estar acompañados de otras evidencias: la influencia de factores socioculturales e institucionales de naturaleza extracientífica en el proceso de atención; las condiciones de trabajo; los salarios, el reconocimiento a su tarea; la gravitación de la biomedicina en la creación de renovadas “concepciones populares”; la apropiación simplificada y esquemática de los saberes biomédicos por parte de los pacientes; la adhesión, interferencias, modificaciones de los cuidados o de la atención de la enfermedad a partir de tales apropiaciones; el carácter abierto, dinámico y coyuntural de los saberes y recursos puestos en juego en la

atención; la apelación a otros sistemas de atención cuando no se producen las articulaciones o correlaciones entre los saberes “legos” y los saberes biomédicos o cuando ellas pierden inteligibilidad; las resistencias y contradicciones presentes en la atención: los problemas de cumplimiento en los tratamientos, la negociación de alianzas terapéuticas con los pacientes; la elaboración de estereotipos sobre los pacientes, los hogares y las comunidades para resolver el fragmentario conocimiento acerca de ellos; intentar soluciones en el ámbito de la educación para la salud, entre otras.

Y con relación a ellas, los médicos se desenvuelven solitariamente, con nulo o mínimo respaldo científico e institucional.

No se trata de cuestionar a los médicos, a su ardua labor y a sus buenas intenciones. Interesa destacar un conjunto de elementos presentes en la atención, que están por fuera del modelo biomédico (incluso en su manifestación en el trabajo asistencial); cuánto interviene aquello que excede a su dominio (circunscripto a tratar signos y síntomas propios de cada enfermedad o padecimiento). Tal “desajuste” no constituye una excepción; pone de relieve las carencias y limitaciones de la biomedicina para tratar efectivamente los problemas de los pacientes, problemas que remiten –entre otras variables– a condiciones de vida, claramente inherentes a la posición social en el caso analizado.

En él, el agente patógeno como factor explicativo constituye un débil recurso o su alcance es limitado. De allí la necesidad de lograr una actitud colaborativa por parte de las madres u otros familiares, ya que caso contrario, todos los esfuerzos serían inútiles. Y es aquí en donde juega la atribución de responsabilidades en lo que respecta al origen y mantenimiento del padecimiento, proceso que adquiere enorme relevancia en la generación de estigmas y sentimientos de culpa.

A la vez, se podría pensar que esta débil vinculación con agentes patógenos, o su inexistencia, favorecería disociar el padecimiento de la competencia biomédica y con ello, que los pacientes cuestionen o rechacen sus intervenciones, recurriendo a otras formas de entender el trastorno, sus causas y su sintomatología.

Conclusiones

Asumimos que, en distinto grado y con distintos sentidos, existen principios generales y compartidos por las disciplinas que tratan con problemas humanos: la unidad biopsicosocial del hombre y el carácter sociocultural de los procesos de salud/enfermedad/atención (en sus manifestaciones epidemiológicas y en sus definiciones y abordajes).

En este capítulo, con base en la presentación de las formas en que las ciencias antropológicas y médicas incorporan esos reconocimientos, se quiso señalar que hay mucho en los manuales de la primera que continúan como campos inexplorados y que la segunda, desvalida de herramientas acordes a tales principios, trata cotidianamente con realidades que dan cuenta de ellos, y esas realidades que se le imponen no entran en sus manuales.

Pese al ropaje científico, no somos observadores o interlocutores neutrales. Sin embargo, es evidente la tendencia a utilizar el propio conocimiento y a revestir/encubrir la propia cultura con un traje “universal” y “culturalmente invisible” cuando interactuamos con “otros” y los interpretamos (Rosaldo, 1991).

(14) Esa noción aún está presente en quienes asocian la Antropología Cultural con el estudio de los pueblos indígenas y sus modos de vida, idea por cierto bastante generalizada.

El extravío de pensarnos culturalmente “invisibles” fue resultado, paradójicamente, de cierta antropología que fusionó la noción de cultura con la idea de diferencia, con modos de vida contrastantes¹⁴. Los efectos de tal noción, ampliamente cuestionada dentro de la propia disciplina desde hace al menos 35 años, hicieron que dentro de la propia sociedad, la gente “con” cultura fuese aquella que reside en zonas marginales, que se encuentra en la escala más baja de la estructura social. Por tanto, cabe que interpretemos sus diferencias culturales como señales de subordinación dentro de la sociedad global, derivadas del desigual acceso a los recursos valorados socialmente.

Por lo general, y aunque se declare el “respeto” por la cultura del otro, las nociones de “diversidad cultural” o “diferencia cultural” con las que se pretende resolver las dificultades en la atención o en el tratamiento, tienen resabios de “sos distinto pero te perdono”. En el mejor de los casos, su uso se convierte en un terreno neutral, de aparente consenso que no refleja la variedad de procesos de etiquetamiento y de interpretaciones que se solapan o enmascaran.

Por su parte, en la Antropología, la supuesta omnipresencia y gravitación de la cultura se observa en su utilización sobre determinados procesos microsociales, referidos particularmente a los aspectos simbólicos y a la diferencia.

Ahora bien, sabemos que la salud depende de múltiples factores y actividades que no siempre parecen estar directamente relacionadas a ella; comprende múltiples acciones cotidianas que son significativas para la salud pero que no son necesariamente médicas.

Sabemos también que cualquier sistema médico profesional (biomédico, homeopático, “tradicional”, etc.) requiere del dominio de saberes y habilidades para cuidar y atender la salud, pero que los individuos y hogares, pueden prescindir de ellos. Con esto se pretende destacar un aspecto obvio: que la salud/enfermedad y habitualmente también la atención, se inician fuera del sistema médico profesional y que, en buena medida, se resuelve fuera del mismo (Haro Encinas, 2000). Los saberes “legos” constituyen un sustrato siempre presente, determinante para la salud y determinado a la vez por las condiciones en que se organiza el modo de vida de individuos y grupos sociales.

Ellos, bajo las formas de autocuidado y autoatención, involucran generalmente a las redes sociales (familia extensa, relaciones de amistad, compadrazgo, vecindad, laborales, de estudio, etc-) que brindan asistencia en caso de enfermedad o ante cualquier aflicción. Tales redes naturales de ayuda, no se organizan explícitamente para tal función. Forman parte de los mecanismos universales de reciprocidad que están en la base de la vida sociedad: dar ayuda a quien la necesite para a la vez recibirla en casos pertinentes, estableciendo un marco de obligaciones y derechos. De ello se desprende que los procesos asistenciales, cualquiera sean, involucran no solo elementos técnicos, sino también sociales, culturales y morales, que definen las formas que adopta la asistencia.

Sin embargo, la salud parecería ser monopolio de los especialistas (cualquiera sea la sociedad y su sistema médico). Y este monopolio, en el caso de la biomedicina, ha tenido costos no sólo económicos sino también en términos de la baja eficacia para

resolver numerosos problemas y de frustraciones profesionales.

Pese a la importancia de la autoatención y a que el sistema biomédico contribuye decisivamente en la definición de sus modalidades y contenidos, las actitudes con relación a ellas que ha promovido son ambiguas, lo mismo que con relación a otras formas de atención por fuera de la prescripción médica. Ha sido relativamente tolerada y en ciertos contextos incluso fomentada; ello ha sucedido por ejemplo con la automedicación responsable en los países desarrollados que consideran a la automedicación con remedios de patente de venta libre como una solución para mejorar el acceso a la salud, en especial, en condiciones de adversidad económica. Lo mismo con relación al comercio de la herbolaria, que se ha liberalizado en países en donde estaba sancionada. En el caso aquí presentado, el reconocimiento de los pediatras era instrumental con el fin de subsumir el saber y el hacer “lego” a sus normativas y recomendaciones.

A través del mismo, se ha ejemplificado acerca de la heterogeneidad de los recursos y agentes que intervienen en la resolución de los problemas de salud y su importancia. Ello testimonia que las intervenciones de la biomedicina se ejercen con resistencias y contradicciones.

El contacto directo que mantiene la población con distintos especialistas (médicos, curanderos, pastores), o indirecto a través de los medios de comunicación (particularmente internet y las redes sociales), junto a afiches, folletos, manuales, recetarios, indicaciones farmacéuticas, etc., alimenta formas de asistencia híbridas que resultan de una síntesis de saberes, por cierto ecléctica, alimentada por saberes biomédicos, de medicinas alternativas, de creencias religiosas, de recomendaciones de pares.

Las fronteras entre esos sistemas de atención (“legos”, biomédicos, alternativos), no siempre están claramente delimitadas. Así por ejemplo, resulta interesante ver cómo el surgimiento de la Etnopediatría con su nueva mirada de los niños -descentrada de las normativas científicas hegemónicas-, contribuyó a la proliferación de las redes autogestionadas alrededor de la crianza con apego, que en nuestro país han intervenido en la ley del parto respetado y cuya inclinación hacia lo “natural” en alguna de sus expresiones, sugiere un deslizamiento hacia el biologicismo.

Podría decirse que los vasos comunicantes entre los sistemas de atención son crecientes y más fluidos. En parte, por el (re) surgimiento de medicinas alternativas como respuesta a la insatisfacción con una medicina que se percibe poco eficaz para resolver los problemas crónicos de salud, al desencanto por ciertos efectos del progreso científico y tecnológico en el campo de la salud, entre otras. El escepticismo hacia la medicina y sus desarrollos tecnológicos, le resta univocidad como modelo de referencia.

En todos los países occidentales, especialmente en los centros urbanos más cosmopolitas, se observan las formas más diversas de medicinas alternativas: disidentes o heterodoxos de la biomedicina, herboristería de todo tipo, elementos o instrumentos comerciales de prevención, promoción o cura mágica, formas renovadas de sanadores y de organizaciones religiosas,

(15) Esta corriente fue impulsada en 1995 por antropólogos, biólogos, neurólogos, psiquiatras y psicólogos estadounidenses y canadienses, preocupados por la crisis mundial que afectaba la salud infantil. Estudiando la crianza en distintas culturas, mostraron que el contacto corporal del bebé con su madre y demás allegados, produce moduladores químicos necesarios para la formación de las neuronas y del sistema inmunológico, y que la carencia de afecto corporal trastorna el desarrollo infantil. Como se observa renovadamente, los contextos de crisis promueven el interés y la apelación a los saberes tradicionales, populares o profanos, los que constituyen un reservorio de alternativas valiosas para resolver problemáticas diversas.

técnicas orientales de prevención o terapia –yoga, acupuntura, shia-tzu, feng-shui; etc.. En general, se trata de modelos holísticos refractarios a las terapias agresivas y no naturales. Este fenómeno, desde ya no ajeno a la globalización y a las migraciones, se acompaña de organizaciones de autoayuda, de movimientos ecologistas, sanitarios, etc. que expresan la revalorización de la naturaleza y del ambiente y el rechazo a las bases del desarrollo de la civilización moderna en occidente (la razón, la ciencia, la tecnología, la industria, el progreso) como garantes del bienestar (Haro Encinas, 2000).

Para ir cerrando: un aspecto sobre el que cabe insistir es que los saberes tanto propios como ajenos, no constituyen objetos acabados, coherentes, cerrados, sino recursos en juego, cambiantes y coyunturales. Tal insistencia se debe a la permanencia de nociones cosificadas de la cultura, en las que imperan imágenes estáticas y simplistas de la diversidad cultural. Con relación a esto, cabe cuestionar la visión según la cual la medicina “tradicional” o “popular” sería patrimonio de los grupos subalternos y que sus creencias, erróneas, atrasadas o primitivas, deberían retroceder ante la clarificación creciente de la ciencia. El problema de las medicinas alternativas no atañe únicamente a los pueblos originarios o a los sectores populares sino que se renueva y revitaliza en todos los sectores sociales, incluso de los países desarrollados. Pensar que las hierbas, o las prácticas de la medicina popular son exclusivas de los estratos bajos, es incorrecto en términos de la evidencia disponible.

El actual pluralismo médico representa un estímulo para que, de la mano de la Epidemiología cultural (Almeida Filho, 1992; Hersch Martínez, 2013; Menéndez, 1998; Menéndez, 2008) la Antropología, la Medicina y la Epidemiología junto con otros actores significativos, emprendan el camino para visualizar de manera ampliada y ajustada, las señales de salud, enfermedad, padecimientos, sufrimientos, dolencias, aflicciones que nos afectan y las terapias correspondientes, las que ameritan un conocimiento riguroso y sostenido de sus resultados.

✱

Dra. María Susana Ortale

Prof.^a Titular de Antropología Cultural y Social, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la UNLP. Docente e investigadora del Centro Interdisciplinario de Metodología de las Ciencias Sociales, dependiente del Instituto de Investigaciones en Humanidades y Ciencias Sociales (IdIHCS-CONICET/UNLP).

Investigadora Independiente de la Comisión de Investigaciones Científicas de la Provincia de Buenos Aires (CIC/PBA). Directora del Centro de Estudios en Nutrición y Desarrollo Infantil (CIC/PBA)



Bibliografía

- Almeida-Filho N. *Por una etnoepidemiología (Esbozo de un nuevo paradigma epidemiológico)*. Cuadernos Médico Sociales 1992; 61.
- Berlinguer G. *La enfermedad. Sufrimiento, diferencia, peligro, señal, estímulo*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1994.
- Buenos Aires. Ministerio de Salud. *Programa Materno-Infanti. Informe de la Encuesta a Médicos sobre Alimentación durante el primer año de vida*. La Plata: Ministerio; 1998.
- Conrad P, Schneider J. *Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social*. En: Ingleby D, comp. *Psiquiatría crítica. La política de la salud mental*. Barcelona: Grijalbo; 1982.
- Foucault M. *La vida de los hombres infames*. Adrid: Piqueta; 1990.
- Fumagalli L, Ortale S et al. *Fiebre en la infancia. Los residentes de pediatría y sus conceptos sobre la misma*. *Ludovica Pediátrica* 1999; 1(2).
- Geertz C. *El impacto del concepto de cultura en el concepto del hombre. La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa; 1989.
- Giddens A. *La constitución de la sociedad. Bases para la teoría de la estructuración*. Buenos Aires: Amorrortu editores; 1989.
- Haro Encinas JA. *Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud*. En: Perdiguero E, Comelles JM, eds. *Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Ediciones Bellaterra; 2000.
- Hersch-Martínez P. *Epidemiología sociocultural: una perspectiva necesaria*. *Salud Pública de México* 2013; 55(5).
- Herzlich J, Pierret C. *De ayer a hoy: construcción social del enfermo*. *Cuadernos Médico Sociales* 1989; 43.
- Le Breton D. *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires: Nueva Visión; 1995.
- Lévi-Strauss C. *Antropología estructural I*. Buenos Aires. Eudeba; 1968.
- Menéndez E. *Factores culturales: de las definiciones a los usos específicos*. En: Perdiguero E, Comelles M, eds. *Medicina y Cultura. Estudios entre la Antropología y la Medicina*. Barcelona: Ediciones Bellaterra; 2000.
- Menéndez E. *Aproximación crítica al desarrollo de la Antropología Médica en América Latina*. *Nueva Antropología* 1985; 29.
- Menéndez E. *El modelo médico y la salud de los trabajadores*. En: Basaglia F et al. *La salud de los trabajadores*. México DF: Editorial Nueva Imagen; 1978.
- Menéndez E. *Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades*. *Región y Sociedad* 2008; 20(2).
- Menéndez E. *Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes*. *Estudios Sociológicos* 1988; 46.
- Menéndez E. *Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención. Del teoricismo al movimiento continuo*. *Cuadernos Médico Sociales* 1992; 57.
- Ortale S, Fumagalli L. *Saber médico y fiebre en la infancia. Estudio comparativo en médicos pediatras y residentes de Pediatría del HIAEP de La Plata*. VI Congreso Argentino de Antropología Social, Mar del Plata; 2000.
- Ortale S. *Prácticas y representaciones sobre desnutrición infantil de causa primaria en familias pobres urbanas del Gran La Plata*. Tesis doctoral [en línea]. La Plata: Facultad de Ciencias Naturales y Museo; 2003. [acceso 10 ago. 2017]. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/4585>
- Ortale S. *Saber médico y desnutrición infantil en el Gran La Plata*. En: Barone M, Schiavoni L, comps. *Efectos de las políticas de ajuste en la década del '90*. Misiones: Universidad nacional; Secretaría de Cultura; 2005.
- Rosaldo R. *Cruce de fronteras*. En: *Cultura y Verdad*. México: Grijalbo; 1991.
- Sevalho G. *Uma abordagem histórica das representacoes sociais de saúde e doença*” *Cadernos de Saúde Públ.* 1993; 9(3).
- Tumer V. *La selva de los símbolos*. Madrid: Siglo XXI ed; 1980.
- Valentine C. *La cultura de pobreza*. Buenos Aires: Amorrortu; 1970.
- Wellin E. *Theoretical reorientations in medical anthropology*. En: *Culture, disease and healing*. New York: Landy ed; 1989.