
EVALUACION METODOLOGICA DE LA PERCEPCION DE LA PROBLEMATICA DE LA SALUD

Seminario de Antropología de la Medicina de la Asociación
Madrileña de Antropología

ESCRIBEN ESTE ARTICULO:

Aguinaga Roustan, Josune (socióloga); Comas Arnau, Domingo (antropólogo social); Díaz Ojeda, María Angeles (antropóloga social); López Rodríguez, A. Elsa (catedrática de Filosofía de I. N. B.); Manrique González, Angeles (antropóloga social); Ochoa Ormazábal, José María (psicólogo social); Pérez-Baroja Mendoza, José Manuel (farmacéutico); Reviriego Almohalla, Concepción (antropóloga social); Reyero Pantigoso, Felipe (médico psiquiatra); Sotos Olmo, Elena (socióloga); Toledo Gil, Concepción (socióloga), y Verde Casanova, Ana María (antropóloga social).

I. PRESENTACION DEL PROBLEMA

A partir de la reunión de Alma-Ata¹ surge la preocupación internacional por el desarrollo de programas de atención primaria de la salud, para los que resulta fundamental una participación activa de los ciudadanos, así como una educación para la promoción de la salud, y, aunque la OMS² y los expertos en salud pública han reiterado en diversas ocasiones esta concepción, «los programas de salud serán cada vez más ineficaces si no se produce un mejoramiento efectivo del nivel de vida de las poblaciones pobres y sobre todo si la gente continúa siendo descartada de la gestión de su propia salud (al menos dentro de ciertos límites) y si los programas de salud no responden a verdaderas necesidades de la población. Este último punto lo consideramos fundamental porque él significa el reconocer que ningún programa social puede tener éxito si no responde a necesidades reales de la población

¹ OMS-UNICEF, *Alma-Ata, 1978. Atención primaria a la salud*, Ginebra, 1978. Declaración artículo IV e informe del director general, apartados 42 a 48 y 77 a 81.

² OMS, *Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000*, Ginebra 1979, apartado 26.

o a sus aspiraciones y si no se realiza con su consentimiento y con su participación activa en la gestión»³.

En la práctica, los programas de atención primaria a la salud desarrollados en diversos países, entre ellos el nuestro, han considerado bien poco las posibilidades de participación y han dedicado pocos recursos a la promoción de la salud, quizá debido a que se considera que la definición de salud y enfermedad compete exclusivamente a los profesionales sanitarios, especialmente a los médicos.

Sin embargo, salud y enfermedad, constituyen categorías socioculturales, cuya configuración no procede de las definiciones realizadas por la medicina oficial, sino que están incrustadas en el sistema de creencias y valores de nuestra sociedad; por tanto, la participación y la educación para la promoción de la salud deben considerar tales definiciones, en vez de las institucionalmente establecidas.

Diversos análisis antropológicos⁴ han puesto de manifiesto el notable grado de permanencia en nuestra sociedad de las prácticas de la *medicina popular*, así como hemos podido asistir, en los últimos años, a un desarrollo espectacular de técnicas de la medicina tradicional originadas en otras culturas, o *marginales* en relación a la medicina oficial.

La conclusión obvia es que es preciso conocer la concepción que los ciudadanos tienen de la salud, las necesidades «reales» por ellos sentidas y, en esencia, las actitudes y comportamientos de la población frente a la problemática de la salud. El estudio de tales actitudes y comportamientos exige una metodología básicamente antropológica, ya que la existencia de audiencias segregadas, clandestinidad y dificultad en verbalizar comportamientos expresivos limitan considerablemente la posibilidad de obtener datos con otras metodologías.

Se hace necesario abordar el estudio de los distintos tipos de prácticas asistenciales, tanto en su contenido cualitativo como en el uso cuantitativo que de ellas se hace; atendiendo a las actitudes de la población con respecto a las ofertas existentes y juicio que les merecen; a la correspondencia entre los distintos grupos de población y sus actitudes y comportamientos respec-

³ Hernán SAN MARTÍN, *La crisis mundial de la salud (problemas actuales de epidemiología social)*, Madrid, Karpos, 1982, pp. 29-30.

⁴ Véase especialmente la obra de carácter general, M. KENNY y J. M. de MIGEL (comps.), *La antropología médica en España*, Barcelona, Anagrama, 1980. Así como *Arxiu d'Etnografia*, vol. I, Universidad de Tarragona, 1982. Desde una perspectiva más concreta, pero de indudable valor teórico, destacaremos el artículo de Ramón VALDÉS DEL TORO, "La medicina popular en la sociedad rural catalana", en *Expresiones actuales de la cultura del pueblo*, Madrid, Centro de Estudios Sociales del Valle de los Caídos, 1976; y la autocrítica de su planteamiento para el estudio de la medicina popular, realizada posteriormente en conferencia dictada en las Primeras Jornadas de Antropología de la Medicina, Tarragona, diciembre 1982. Y, por último, Carmelo LISÓN TOLOSANA, "Etnomedicina o notas sobre enfermedad y cultura", en *Perfiles simbólico-morales de la cultura gallega*, Madrid, Akal, 1974.

tivos, así como a las correlaciones causales que permitan explicar los comportamientos.

En tal abordaje, la preponderancia de la metodología antropológica adquiere un matiz formal y globalizante, ya que en la investigación es preciso integrar diferentes niveles de conocimientos técnicos, como son las metodologías sociológicas, para captar los datos cualitativos del conjunto y juzgar su evolución y perspectivas, o los conocimientos farmacológicos, médicos o psicológicos, para poder juzgar desde criterios externos las motivaciones de tales actitudes y comportamientos.

Una práctica de investigación como la descrita implica una relación *interdisciplinaria* de los investigadores frente al objeto investigado; es decir, es el propio objeto el que define por sus características las estrategias más adecuadas de aproximación científica, aportando los diferentes investigadores sus conocimientos específicos y subordinando la metodología de su disciplina particular a las exigencias del objeto investigado. No obstante, y aunque la praxis interdisciplinaria supone una renuncia académica, la metodología elegida no corresponde a la imposición de una disciplina sobre las demás, sino a un uso adecuado dependiente del objeto. Evidentemente, tal interdisciplinaria se perfecciona a medida que se amplía la base de las disciplinas participantes en el proyecto.

Frente a la dialéctica interdisciplinaria se plantea el modelo *multidisciplinaria*, que consiste en el acercamiento científico al objeto desde cada una de las perspectivas académicas presentes en el proyecto, suponiendo que la forma de tales aportaciones ofrecerá un perfil completo de aquél. En la práctica, las investigaciones interdisciplinarias producen resultados puntuales, monográficos y de alto valor práctico, mientras que las investigaciones multidisciplinarias generan resultados segmentarios, de interés sólo para alguna de las disciplinas académicas participantes en el plan⁵.

En esencia, tratamos de plantear la metodología más adecuada para facilitar una planificación correcta de la atención primaria a la salud, en el contexto de considerar, en dicha planificación, como fundamentales las actitudes y comportamientos reales de la población ante la problemática de la salud.

Finalmente, hablamos de actitudes y comportamientos, diferenciando claramente ambos conceptos, ya que sostenemos la hipótesis de partida de que existe una disociación entre las actitudes expresadas y comportamientos reales de una población determinada, siendo así preciso aplicar un análisis deductivo que permita poner de manifiesto, en un primer estadio, cuáles son las variables que inciden en la formación de las actitudes relacionadas con la problemática de la salud, para resaltar, en un segundo estadio, aquellas otras que condicionan el comportamiento.

⁵ David J. PITTMAN, "Aspectos interdisciplinarios en la investigación del alcoholismo", en D. J. PITTMAN, *Alcoholismo, un enfoque interdisciplinario*, Buenos Aires, Hormé, 1977 pp. 75 y ss.

II. FACTORES CONDICIONANTES DE LAS ACTITUDES

Planteadas la cuestión en estos términos, y con el fin de que la guía de campo que se utilice para la recogida de información consiga la mayor cantidad de datos, sin necesidad de convertirla en una lista interminable de *items*, se hace imprescindible delimitar las variables que inciden de manera fundamental en la configuración de las actitudes con respecto a las diferentes opciones sanitario-asistenciales. Entendemos que tales variables fundamentales son, o vienen definidas por:

- a) El concepto de enfermedad.
- b) La tipificación del rol de enfermo.
- c) El conocimiento de los distintos sistemas sanitario-asistenciales.
- d) La idea de la muerte y su codificación cultural en relación con la enfermedad.
- e) La ideología y, especialmente, las creencias religiosas.

a) *El concepto de enfermedad*

La enfermedad es un caso particular de situación asistible que puede padecer cualquier individuo. Es asistible toda situación que implica, o puede implicar, una alteración de la salud, entendiéndose por estado de salud el funcionamiento normal del organismo del individuo —en el más amplio sentido con que se puede interpretar—, según su codificación cultural. El individuo, para salir de una situación tipificada culturalmente como asistible o para soslayarla, si no es posible eliminarla, precisa efectuar una serie de prácticas concretas que también se hallan institucionalizadas socialmente, y que puede realizar él mismo o, en la mayor parte de los casos, que realizan otros por él⁶.

Para llegar a poner de manifiesto cuál es el concepto de enfermedad que mantiene un grupo social concreto, es necesario descubrir los criterios de definición que tal población aplica a los signos y síntomas que se consideran indicadores de una situación asistible⁷. La intensidad y la frecuencia con que

⁶ Hemos llegado a una definición de enfermedad que pretende sintetizar el amplio conjunto de las existentes en la literatura sobre el tema. Sin embargo, el marco teórico básico de todas ellas parece ser el establecido por T. PARSONS, *El sistema social*, Madrid, Revista de Occidente, 1966, cap. X; incluso para las que se plantean explícitamente como alternativas confrontadas al modelo parsoniano.

⁷ "Si bien la enfermedad, hasta cierto punto, es una convención social, no es menos cierto que tiene una realidad en sí y una realidad psicológica, vivencial, diferente en cada uno de los aquejados de ella. Ackerknecht, por supuesto, tiene razón en insistir que sólo son enfermedades aquellas reconocidas como tales por el grupo humano donde se desarrollan." Luis GIL, *Therapeia. La medicina popular en el mundo clásico*, Madrid, Guadarrama, 1969, p. 30.

se presentan tales síntomas inciden en el modo de valorar la situación, y condicionan que la actuación tendente a eliminarla sea considerada de mayor o menor urgencia. El modo de valorar la situación se verá también modificado en función del tipo de relación que exista entre el sujeto activo (el que toma la decisión acerca de la necesidad de actuar técnicamente) y el sujeto paciente (aquel que presenta los signos y síntomas de un proceso o situación codificada culturalmente como asistible), que puede coincidir o no en una misma persona.

Las situaciones asistibles pueden ser, fundamentalmente, de dos tipos: las que lo son con carácter preventivo y las que lo son con carácter de reinserción. A las primeras se les aplica una serie de prácticas concretas al objeto de asegurar el mantenimiento de la salud, como, por ejemplo, las normas de higiene, la dieta, los especiales cuidados en las transiciones vitales, etc. Las segundas, es decir, cuando la situación que afecta al individuo ha supuesto una quiebra de salud que es necesario restaurar, se consideran situaciones anómalas, transitorias, y se valoran negativamente. Son a éstas a las que llamaremos, concretamente, *enfermedades*. Cada grupo sociocultural posee una tipología de enfermedades que se construye teniendo en cuenta, básicamente, las diferentes causas, sintomatologías y maneras de afectar al paciente.

b) *La tipificación del rol de enfermo*

Cuando los signos y síntomas que culturalmente definen el estado de enfermedad se ponen de manifiesto e un individuo, se le adjudica el rol de enfermo, es decir, se reconoce socialmente que su comportamiento no es normal (sea al nivel que fuere) y, por ello, precisa ser asistido mediante la aplicación de unas prácticas concretas, con el fin de conseguir su reinserción al estado de salud.

La definición y valoración del rol de enfermo no es universal, sino diversa, y su tipificación presenta unas u otras características en cada ámbito cultural concreto. Dentro de cada uno de ellos existen, como ya se ha señalado, distintas tipologías de enfermedades, y es la caracterización de la situación asistencial, como uno u otro proceso patológico, lo que confiere al papel de enfermo un carácter más o menos central y excluyente en relación con el resto de los roles que desempeña habitualmente la persona sobre la cual recae.

La gravedad que se supone conlleva la situación tipificada de asistible es la que determina si el individuo en que se manifiesta puede compaginar el estado de enfermo con todos, algunos, o ninguno de los roles que le son propios. Lo normal es que el rol de enfermo se desempeñe temporalmente, de forma tal que, una vez recibida la asistencia adecuada y ésta ha logrado el cambio deseado (es decir, la curación o eliminación de los síntomas que tipifican la situación como asistible), el comportamiento propio del individuo,

sano de nuevo, es el abandono del papel de enfermo y la vuelta al desempeño de las actividades que se había visto obligado a interrumpir a causa del proceso asistencial. Es por esto por lo que se dice que «está enfermo». Ahora bien, hay casos en los que ninguna acción que se realice sobre el enfermo consigue su reinserción al estado de salud y, por lo tanto, el papel de enfermo se convierte en permanente: estas personas no sólo están enfermas en un momento determinado, sino que «son enfermas», lo que condiciona las posibilidades del individuo con respecto al desempeño de cualquier actividad. Cuando el rol de enfermo es central y permanente en una persona hace que ésta adquiera el *status* de enfermo⁸.

El papel de enfermo, siendo excluyente respecto de los demás roles que habitualmente desempeña el individuo en estado de salud, lo coloca en una situación de dependencia, lo que, en definitiva, supone que se le considere —en mayor o menor medida— incapacitado para actuar por sí mismo. El valor atribuido a la capacidad de acción del individuo condicionará, por lo tanto, el que se dé con mayor o menor facilidad la aceptación de este tipo de situación asistible por parte de quien la padece.

También es necesario tener en cuenta que las diferencias y, a veces, las oposiciones, que existen dentro de una misma cultura entre las caracterizaciones del rol de enfermo, nacen, por un lado, de la coexistencia de distintos sistemas sanitario-asistenciales que configuran una serie de mensajes contradictorios, los cuales inciden en la percepción que finalmente el individuo tiene de lo que supone estar enfermo, así como en la decisión del comportamiento adecuado respecto a tal situación. Pero, por otro lado, dentro de un mismo sistema sanitario-asistencial, también se producen contradicciones derivadas de las distintas normas de virtualidad terapéutica que lo configuran⁹.

El análisis de las diferentes tipologías de enfermedades pone de manifiesto que cualquier grupo social hace una valoración de éstas, no sólo en función de su gravedad, sino también en función de su proyección social, de tal forma que hay enfermedades que se consideran «de rico» o «de pobre», y también hay enfermedades que estigmatizan¹⁰ y marginan socialmente a aquellos que las padecen, porque su adquisición se supone que acompaña la transgresión de una norma social e incluso legal, como puede ser, a modo de ejemplo en nuestra propia cultura, las enfermedades de tipo sexual o las relacionadas con las toxicomanías. Ello hace que los individuos que padecen este tipo de situaciones asistibles traten de ocultar los síntomas que las ponen de manifiesto, pues la aceptación del rol de enfermo en estos casos soporta alguna

⁸ Consúltese M. W. SUSSER y W. WATSON, *Medicina y Sociología*, Madrid, Atlante, 1967, pp. 409-427.

⁹ Robert K. MERTON, *Ambivalencia sociológica*, Madrid, Espasa-Calpe, 1980, páginas 86-94.

¹⁰ E. GOFFMAN, *Estigma*, Buenos Aires, Amorrortu, 1968, p. 14.

forma de marginación social, definida por la clase dominante y asumida por el conjunto de la sociedad ¹¹.

c) *El conocimiento de los distintos sistemas sanitario-asistenciales*

La enfermedad, como situación no deseada que requiere una actuación por parte de las personas en orden a su eliminación o a su prevención, existe desde que existe el hombre. Pero a lo largo de la historia, y en los diferentes lugares, las formas de actuación no han sido siempre las mismas. La diversidad cultural, la diferencia entre los valores que mantienen unos y otros grupos sociales, los distintos modos de abordar el conocimiento de la realidad, han producido variadas formas de enfrentarse con la enfermedad a nivel social, originándose, por tanto, diferentes sistemas sanitario-asistenciales ¹², algunos de los cuales se mantienen y practican hoy, dado el carácter de proceso que tiene el desarrollo de la ciencia médica, lo que hace que la implantación de sus prácticas no se produzca uniformemente en todos los lugares. De esta manera, aquellos grupos sociales que por diversas razones no han tenido acceso a ella, o para los que no resulta inteligible o aceptable en los términos de su propia cultura el proceso de desarrollo de esta ciencia, mantienen todavía sistemas sanitario-asistenciales diversos ¹³.

Desde el punto de vista de la medicina científica moderna, existe un predominio fisiológico y biológico para definir los conceptos de salud y enfermedad. Sin embargo, tanto a un concepto como a otro es necesario aplicarles criterios de definición social, pues es la propia sociedad la que, en última instancia, fija las pautas a seguir para considerar a alguien como enfermo o como sano ¹⁴. Esta disyuntiva entre personas que requieren o no «tratamiento», cruzada con «quien las trata», nos proporcionará la vía de diferenciación entre los sistemas que hemos dado en llamar sanitario-asistenciales.

Consideramos que, en general, el fin de todo sistema sanitario-asistencial

¹¹ Howard BECKER, *Los extraños. Sociología de la desviación*, Buenos Aires, Tiempo Contemporáneo, 1971, p. 24.

¹² "La enfermedad es uno de los fenómenos socio-culturales más antiguos de la humanidad. Tanto que se tiende a analizar la enfermedad como una expresión de la vida, es decir, de la adaptación del ser humano a un medio agresivo e inelmente. Cada cultura ha tendido a cristalizar ese enfrentamiento en formas de organización social peculiares." J. M. de MIGUEL, "Introducción al campo de la Antropología médica", en M. KENNY y J. M. de MIGUEL (comps.), *La Antropología...*, op. cit., p. 11.

¹³ "El conocimiento médico no era fácilmente exportable, en parte por estar engarzado en un marco cultural más amplio. Este fue uno de los primeros grandes hallazgos de la Antropología médica." J. M. de MIGUEL, "Introducción al campo...", op. cit., p. 18.

¹⁴ "La enfermedad es, fundamentalmente, un modo de clasificar un conjunto de hechos significativos en una cultura y que no dependen de las condiciones objetivas." Joan PRAT, J. J. PUJADAS y Josep M.ª COMELLES, "Sobre el contexto social de enfermar", en M. KENNY y J. M. de MIGUEL (comps.), *La Antropología...*, op. cit., página 47.

es la prevención, el diagnóstico y el posterior tratamiento para la curación, de la sintomatología que se sale de la norma y que se define socialmente como enfermedad, sea cual fuere su origen ¹⁵.

Cuando se pretende poner de manifiesto cuáles son los distintos sistemas sanitario-asistenciales existentes en un ámbito espacial concreto, así como cuál es la actitud que mantiene la población con respecto a ellos, no se puede atender con mayor intensidad a uno u otro, pues ello sesgaría completamente la información recogida, invalidando la investigación. No es objeto de este artículo establecer una tipología exacta de los distintos sistemas que constituyen la totalidad de la oferta sanitario-asistencial ¹⁶. No obstante, se requieren unas definiciones elementales para unificar criterios y poder clarificar, a nivel léxico, los sistemas a los que nos referimos ¹⁷.

Denominamos *medicina oficial* al sistema sanitario-asistencial que se ha impuesto en nuestra sociedad. Lo componen un conjunto de individuos, instituciones y corporaciones —tanto públicas como privadas, con una jerarquización estructural interna—, cuyo objeto es posibilitar la consecución de la salud como derecho de la persona.

El vértice jerárquico lo constituye la profesión médica, formada por personas a quienes el Estado reconoce exclusiva y públicamente la capacidad de diagnosticar, tratar y curar enfermedades, así como para establecer las líneas preventivas en materia de salud, después de haber superado con éxito las pruebas que justifican socialmente un conocimiento técnico impartido en facultades universitarias ¹⁸.

La base que ha generado el ejercicio médico la compone una serie de profesiones que han ido apareciendo a lo largo de la historia ¹⁹, relacionadas

¹⁵ "Las diferencias esenciales entre los distintos sistemas de medicina no provienen de los objetivos ni de los efectos, sino más bien de las culturas de los pueblos que practican esos distintos sistemas", OMS, *Promoción y desarrollo...*, op. cit.

¹⁶ Para un análisis sociológico de los distintos sistemas sanitarios, véase la metodología propuesta por J. M. de MIGUEL, *Sociología de la medicina*, Barcelona, Vicens Vives, 1978, especialmente pp. 139-146.

¹⁷ Existen otras clasificaciones que, desde posiciones etnocéntricas de la medicina oficial, clasifican y juzgan las diferentes concepciones de la salud existentes en la sociedad. Ricardo MORAGÁS, "Enfoque sociológico de diversas concepciones de salud", *Papers*, núm. 5, 1976, pp. 31-54.

¹⁸ La práctica de la medicina por parte de personas no autorizadas queda penalizada en nuestro actual ordenamiento jurídico en el Código Penal, artículos 321 y 572, así como sancionada administrativamente por los Estatutos de los Colegios Profesionales de Médicos. La reforma del Código Penal realizada en 1983 no prevé ninguna modificación al respecto.

¹⁹ Aunque su actual estructura emerge en los siglos XVII y XVIII, en una versión con la quebra de las teorías de la "signatura rerum" y la "panacea universal", Michael FOUCAULT, *Historia de la locura en la época clásica*, México, Fondo de Cultura Económica, 1976, vol. I, p. 462. Y en otra versión, con la síntesis de los paradigmas mecanicista, vitalista y empirista, por la que se desarrollan diversas praxis médicas, especialmente farmacoterapia y cirugía, y más adelante la higiene preventiva: Pedro LAÍN ENTRALGO, *Historia de la medicina*, Barcelona, Salvat, 1978, pp. 325-377. En nuestro país, la medicina "científica moderna" no se instala

con cada uno de los aspectos técnicos o materiales, que representan, por un lado, una ayuda eficaz al médico, y, por otro, una cierta especialización profesional en consonancia con la dinámica propia de nuestra sociedad. Asimismo, los médicos componen un grupo que se puede subdividir, a su vez, en unidades homogéneas²⁰ en función de variables tales como especialización, dependencia funcional y ámbito de actuación.

Una de las segmentaciones clásicas del colectivo médico se basa en la *especialización* del ejercicio profesional, según traten preferentemente distintos órganos, aparatos, sistemas, o funciones del cuerpo; o, por el contrario, traten las enfermedades del organismo en su conjunto. A los primeros se les denomina especialistas, y a los segundos, médicos generales.

El ejercicio profesional de la medicina suele encuadrarse dentro de las profesiones liberales. No obstante, por el propio desarrollo social de los conceptos de salud y enfermedad, han surgido instituciones públicas y privadas que restringen el libre ejercicio de la medicina, sometiendo a una *dependencia funcional* a los médicos de estamentos públicos o privados y organizándolos jerárquicamente. No hay estudios que permitan conocer con exactitud la proporción en que se ejerce la medicina pública y privada en España. Sin una investigación específica que aborde el tema se hace difícil averiguar los porcentajes exactos correspondientes a los médicos que practican el ejercicio profesional liberal exclusivamente, y a los que ejercen dependiendo de instituciones públicas, bien sean de la Seguridad Social, de diputaciones, de corporaciones locales u otras. La importancia de esta segmentación radica no sólo en la posibilidad de un mayor o menor control social del ejercicio profesional, sino también en la valoración que de los médicos realizan los pacientes potenciales. La dicotomía puede ser expresada en términos de «médico de pago» o «médico del seguro», para utilizar una terminología popular.

Teniendo en cuenta el *ámbito de actuación*, los usuarios pueden acceder a la atención médica a dos niveles: asistencia ambulatoria y hospitalaria. Ambas dan lugar a dos formas de ejercer la profesión, cuyas diferencias vienen definidas, en primer lugar, por la tipología de los pacientes, relacionada con la gravedad de la enfermedad. En segundo lugar, porque el ejercicio profesional sigue pautas diferentes no sólo como consecuencia de la índole de los pacientes, sino también porque mientras en el ejercicio ambulatorio se trabaja individualmente, en el ámbito hospitalario se trabaja en equipo, e incluso algunas de las tareas se hacen colectivamente, lo que reduce en cierta medida la responsabilidad privada. Y, por último, porque la relación médico-

hasta los últimos años del siglo XVIII: José M.^a LÓPEZ PIÑERO, *Medicina y sociedad en la España del siglo XIX*, Madrid, Sociedad de Estudios y Publicaciones, 1964, páginas 38-56.

²⁰ Benjamín GONZÁLEZ, *El capital humano en el sector sanitario*, Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas, 1979, y J. M. de MIGUEL, *Planificación y reforma sanitaria*, Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas, 1978.

paciente tiene peculiaridades específicas en uno y otro caso. Asimismo, el ámbito de actuación obliga a diferenciar entre médicos rurales y urbanos, entre los cuales adquiere relevancia la distinta posibilidad de actualización de conocimientos y reciclaje.

Definimos la *medicina popular* como el conjunto de los sistemas sanitario-asistenciales marginales, enraizados en la cultura tradicional propia²¹ y basados en el respaldo consensual de un grupo social específico. Tales sistemas se articulan a partir de componentes empíricos (uso de plantas medicinales, técnicas para el arreglo del esqueleto, pequeña cirugía reparadora...) e ideológicos (simbólicos, mágicos y religiosos), determinando terapias que no gozan de reconocimiento administrativo, pero que obtienen un porcentaje de curaciones satisfactorio para las culturas que los reconocen.

Los especialistas de la medicina popular no componen un grupo homogéneo, sino que existe una amplia gama de ellos, cuyas diferencias se basan tanto en la sintomatología que tratan como en las técnicas que utilizan. Así, existen curanderos, sanadores, entendidos, saludadores, ensalmadores, compoñedores, yerbateros... Estas prácticas se ejercen por personas reconocidas como especialistas, accediendo a ese *status* por la posesión de ciertas cualidades que se suponen innatas y a través de un aprendizaje que suele ser restrictivo, en la mayoría de los casos. El ejercicio no exige dedicación exclusiva, alternándose frecuentemente con otras actividades, ni se realiza —al menos aparentemente— por móviles económicos, sino como consecuencia de un rol asumido, presentándose en todo caso como una asistencia asequible para los usuarios²².

Hay que constatar, por otra parte, que la medicina popular, como consecuencia de la urbanización acelerada y del desarrollo de los medios de comunicación, ha entrado en una etapa de cambio en la que se confunde con los sistemas de las medicinas alternativas. En este sentido, su uso está determinado por los mismos factores que afectan a aquéllas, así como por la práctica asistencial propia de los grupos específicos que las respaldan.

Las llamadas *medicinas alternativas* consisten en prácticas médicas originarias de culturas orientales, o de la nuestra propia, que poseen un componente científico reconocido pero no asumido globalmente por el conjunto de la sociedad. El ejercicio de estas prácticas sanitario-asistenciales suele estar en manos de especialistas de la medicina oficial, que las asumen desprovistas

²¹ En nuestro caso se trata de una tradición de medicina popular que proviene de la cultura greco-romana. Véase Luis GIL, *Therapeia...*, op. cit., *passim*. Aunque no está sistemáticamente estudiada, la medicina popular española aparece descrita en una abundante bibliografía recogida por J. J. PUJADAS, J. PRAT y J. M.^a COMELLES, "Una bibliografía comentada sobre antropología médica", en M. KENNY y J. M. de MIGUEL (comps.), *La Antropología...*, op. cit., pp. 323-353.

²² Un planteamiento muy diferente del que aquí se ofrece es el de Rodney M. COE, *Sociología de la medicina*, Madrid, Alianza Universidad, 1979, caps. 5 y 8, especialmente el apartado que lleva el elocuente título de "Profesionales fraudulentos: el curandero", pp. 260-268.

de sus componentes conceptuales y filosóficos. En este grupo se incluyen la acupuntura, el yoga, la homeopatía, etc., prácticas que han adquirido gran relevancia en los últimos años.

Las limitaciones o el fracaso del tratamiento ofrecido por la medicina oficial, las influencias socioculturales impuestas por la moda, así como otras razones de carácter ideológico, pueden constituir las hipótesis de partida para abordar el estudio de los diferentes motivos por los que los pacientes se someten a estas prácticas sanitario-asistenciales, cuyo ejercicio es eminentemente privado, ya que no gozan de reconocimiento oficial.

Se entiende por *medicina casera* la aplicación de remedios conocidos por tradición, o por actuaciones previas de personas de reconocido prestigio, ante una sintomatología concreta²³. Las opiniones de aquellos profesionales relacionados, directa o indirectamente, con la sanidad tienen una mayor aceptación social, aunque no deriven de su capacitación técnica. No obstante, la tradición constituye el factor primordial en el mantenimiento de tales prácticas, que se realizan por todos los miembros de nuestra sociedad en un momento determinado, sin excluir la utilización posterior de los profesionales de la medicina oficial o de otras, caso de agravarse la sintomatología.

Hay que insistir en el hecho de que la anterior clasificación tiene por objeto definir lexicológicamente el marco de referencia de este artículo, ya que en la práctica, y en función de los signos y síntomas presentes, no se suele recurrir al uso exclusivo de cada una de las medicinas aquí expuestas, sino que, por el contrario, la preferencia de uno u otro tipo no elimina la utilización de los demás.

d) *La idea de la muerte y su codificación cultural en relación con la enfermedad*

La muerte, entendida como cesación de toda actividad funcional en los seres orgánicos²⁴, e inherente a la vida misma, genera una serie de actitudes

²³ "Aun en el caso de los países industrializados, vemos que de un 50-60 por 100 de todas las atenciones de salud corren a cargo de los individuos, de la familia y de la comunidad mismos, que asumen su responsabilidad y se las arreglan por sí solos. Por desgracia, los profesionales de la salud raramente están dispuestos a confiar en las personas en la medida bastante para que éstas puedan tomar decisiones en relación con su propia salud." H. MAHLER (director general de la OMS), *Foro Mundial de la Salud*, vol. 2, núm. 2, 1981, p. 206. "Dunnell y Cartwright y Elliot-Binns estimaron que, en Londres, de un 75-80 por 100 de todos los cuidados relacionados con síntomas se prestan mediante la autoasistencia. En 1977, Bradshaw estimó que de un 80-85 por 100 de todas las enfermedades en Gran Bretaña se trataban sin acudir al médico. Una encuesta practicada recientemente en los Estados Unidos indicó que cerca de la mitad de todas las afecciones agudas se tratan sin consultar al médico." Stephen H. MOORE, James LOGERFO y Thomas S. INNI, *Journal of the American Medical Association*, 234: 2317 (1980), citado en *Foro Mundial de la Salud*, vol. 2, núm. 2 (1981), p. 211.

²⁴ J. FERRATER MORA *Diccionario de Filosofía*, Madrid, Alianza, 1979, pp. 2282-2283.

y comportamientos en los individuos, que vienen condicionados por las normas y valores de su cultura²⁵.

La muerte es un hecho consustancial a la naturaleza orgánica. Vivida como «un suceso cierto en una fecha incierta»²⁶, ha generado a lo largo de la historia, y en cada una de las culturas existentes, distintas formas de concebirla y explicarla, desarrollándose diferentes alternativas socioculturales para enfrentarse a ella. Todo ser humano asume la idea de la muerte en su proceso de socialización²⁷. Es un hecho real que puede ser combatido o deseado, dependiendo de la conceptualización cultural y de las condiciones de existencia del individuo y del grupo social en cuestión.

Cuando la muerte no es aceptada, el ser humano se plantea la medicina como medio para ser rescatado de ella, o para retrasar su aparición. La enfermedad se considera uno de los procesos que, si no se interrumpe, desemboca en el fin de la actividad funcional de los seres orgánicos, por lo que su presencia predispone al individuo a utilizar los medios a su alcance para evitarla o superarla, recurriendo a los distintos sistemas sanitario-asistenciales a los que puede tener acceso y/o a lo sobrenatural, buscando, de una parte, la ayuda de un especialista comunitariamente aceptado como solvente para realizar esta función y, de otra, intentando atraer los favores de las fuerzas sobrenaturales que considera pueden aportarle una ayuda²⁸.

La idea de la muerte como fin no deseado de un proceso patológico no es el único elemento que motiva el recurso a la medicina. Otros factores, como el dolor, el malestar físico o anímico, la prevención de la enfermedad, son causa del requerimiento de los servicios de los distintos sistemas sanitario-asistenciales. Ahora bien, la certeza de la muerte y el deseo de evitarla

²⁵ Marta ALLUÉ, "Aproximación a una bibliografía en torno a la muerte". Ponencia presentada al II Congreso de Antropología, Madrid, 6 al 10 de abril de 1981 (actas en prensa).

²⁶ Ivan ILLICH, *Némesis médica. La expropiación de la salud*, México, Joaquín Mórtiz, 1978, p. 232. Y a este respecto, todo el capítulo V, "La muerte escamoteada".

²⁷ "El individuo se presenta como identidad biológica, no en cuanto un orden preciso de procesos químicos y orgánicos de su cuerpo, sino en cuanto conjunto de actividades que lo determinan físico-socialmente (alimentación, reproducción, protección...) en el interior de una totalidad significativa interindividual. Así, actividades vitales como el nacimiento, la muerte, la reproducción, la alimentación, la protección, el sueño, la comunicación..., por el hecho de estar en un espacio re-presentativo, adquieren un significado que interfiere en la mecánica orgánica del ritmo de acción-reacción." J. LORITE MENA, *El animal paradójico. Fundamentos de Antropología Filosófica*, Madrid, Alianza, 1982, p. 392.

²⁸ "Sin duda sus creencias animistas le habían hecho adivinar en este invisible dominio de los espíritus, algunos propicios, otros adversos. Desde entonces, ¿no se designaba a estos últimos como autores probados de las enfermedades? El mal tiene que encarnarse necesariamente. La confusión obstinada del mal físico y del mal moral que encontramos en todos los estudios de la evolución humana y que se impone todavía a nuestro sentimiento espontáneo, tiene indiscutiblemente sus raíces en la más arcaica conciencia de nuestra especie." Marcel SENDRAIL, *Historia cultural de la enfermedad*, Madrid, Espasa-Calpe, 1983, pp. 21-22.

inciden en la actitud y el comportamiento, tanto del individuo como del grupo social, no sólo ante la enfermedad, sino también con respecto a la elección de uno u otro sistema de abordarla. El hecho de que se considere más grave una enfermedad que puede causar la muerte con rapidez, que otra con secuelas que producen una invalidez permanente en el individuo, pero que no implica necesariamente la cesación de la vida, tiene especial relevancia en nuestra sociedad.

e) *La ideología y especialmente las creencias religiosas*

En la medida en que definimos la enfermedad como una situación anormal, transitoria y negativa²⁹, se pone de manifiesto la estrecha relación que existe entre la ideología o conjunto de representaciones mentales abstractas con que un grupo social concreto asimila y se explica la realidad y la definición social de enfermedad³⁰.

Puesto que a la enfermedad se le atribuye una valoración, a través del universo simbólico mediante el cual los individuos aprehenden la realidad, es posible descubrir la jerarquización de valores que nos ayudará a caracterizar y a entender las actitudes y los comportamientos que las personas mantienen en relación con la enfermedad y, más ampliamente, en relación con las situaciones asistibles. Dentro del universo simbólico propio de cada grupo social, tiene especial relevancia el conjunto de las ideas religiosas, como paradigma de valores rectores y condicionantes de toda la actividad personal y social. La consideración de tales creencias como mecanismo de control social es de suma importancia a la hora de analizar las actitudes de la población con respecto a las situaciones que afectan a su estabilidad vital³¹.

III. COMPORTAMIENTOS

El comportamiento es la actuación que un individuo realiza en una situación concreta, como respuesta a la misma. Este comportamiento puede ser aquel que se decide en virtud de la actitud que tiene la persona con respecto a la situación a la cual responde; pero también se dan casos en los que el comportamiento no responde a tal actitud, y por ello es necesario tener en

²⁹ La tipificación de la enfermedad vendrá dada por la valoración que se hace de los síntomas que ponen de manifiesto la situación asistible, determinando asimismo el tipo de asistencia o acciones concretas que requiere en orden a su eliminación, así como la mayor o menor urgencia de actuar frente a ella.

³⁰ C. Alberto SEGUIN, *La enfermedad, el enfermo y el médico*, Madrid, Pirámide, 1982, cap. 15.

³¹ Precisamente son las amenazas que afectan a la estabilidad vital, el núcleo generador de una cosmología básica, que se expresa como religión. Edmund LEACH, *Cultura y comunicación. La lógica de la conexión de los símbolos*, Madrid, Siglo XXI, 1978, p. 99.

cuenta y analizar los factores que pudieran incidir en su modificación. Todo ello hasta el límite que las técnicas de investigación social permiten alcanzar.

Será necesario considerar las disponibilidades sanitario-asistenciales que ofrece el entorno, así como la mayor o menor dificultad en acceder a unos u otros sistemas, como factores que pueden disociar el comportamiento de la actitud del individuo con respecto a sus problemas de salud. Asimismo, la repetición de experiencias frustrantes, sin llegar a cambiar la actitud de las personas con respecto a cuál es la actuación correcta a realizar en una situación asistible, puede modificar su comportamiento en la práctica, impulsándolas a aventurarse, a modo de prueba, por «otros caminos». Cabe también la posibilidad de que se presenten comportamientos incongruentes con las actitudes a las cuales deberían responder, a causa de factores inconscientes, cuya incidencia no debe menospreciarse.

Los factores individuales (conscientes e inconscientes), familiares y sociales influyen en el quién y el cómo de la toma de decisión de cuál o cuáles de los sistemas sanitario-asistenciales será consultado y utilizado. La necesidad de que tales tomas de decisión se realicen nos hace suponer que, a falta de la persona o grupo de personas que habitualmente ejercita tal labor (madre, padre, esposa, familiares, etc.)³², existen mecanismos subsidiarios gracias a los cuales la iniciativa no se aplaza ni suspende. Se alude expresamente a la elección del sistema sanitario-asistencial porque los siguientes pasos vienen dados a sugerencia del médico, curandero, homeópata, etc. Pero aun en la terapia pueden existir personas influyentes que actúan como «guardabarreras», por cuya intervención se puede continuar o parar, total o parcialmente el proceso terapéutico, de modo que se sustituya por otro o se utilicen simultáneamente distintos sistemas. La persona en cuestión puede ser el mismo paciente; no obstante, a quién corresponda esta iniciativa dependerá de la gravedad del proceso patológico, que va despojando progresivamente al sujeto que lo sufre de sus otros roles personales, en función de la relevancia de la enfermedad.

La elección de la persona que asistirá o vigilará si se está llevando en condiciones satisfactorias el tratamiento, se hará según el reparto de roles

³² “Los cuidados médicos requieren tiempo y gasto de energías por parte de los parientes y amigos del enfermo. El dinero con que se paga a los médicos y se adquieren las medicinas procede de la bolsa común de la familia; muchas de las obligaciones del paciente corren a cargo de otros miembros de su grupo social mientras dura su enfermedad” ... “el individuo no es socialmente un enfermo hasta que su caso es ‘autorizado’ por sus asociados. Sólo cuando los parientes y deudos aceptan su condición de enfermo, puede solicitar ser eximido del cumplimiento de sus quehaceres diarios”. Margaret CLARK, *Health in the Mexican-American Culture*, Berkeley y Los Angeles, University of California Press, 1959, citado en G. M. FOSTER, *Las culturas tradicionales y los cambios técnicos*, México, Fondo de Cultura Económica, 1966, pp. 107 y 108. El propio Foster (p. 107) especifica: “Evidentemente, ésta (la enfermedad) es algo más que un trastorno biológico; es una crisis potencial económica y social de todo un grupo. En tales circunstancias, no es extraño que el individuo *no pueda decidir por sí mismo que está enfermo.*”

del medio familiar y social del asistido. Tales roles parecen tener unos límites flexibles, superados los cuales una o varias personas, supuestamente más calificadas, sustituirán o complementarán a la primera. Este proceso se puede repetir cierto número de veces, aunque parece más fijo y estable el rol de vigilante de la efectividad del proceso curativo (que también puede ser el propio enfermo). Al remitir la enfermedad, el recorrido se invierte, aunque no necesariamente pase por los mismos escalonamientos o personas concretas. Evidentemente, el proceso sufre un doble condicionamiento: por una parte, de la persona o personas que toman las decisiones y, por otra, por el sistema sanitario-asistencial elegido. La exigencia del cumplimiento de tales papeles variará según la gravedad, duración del proceso mórbido, relaciones personales, familiares y sociales del paciente, entre otros factores³³.

Los comportamientos relacionados con la promoción de la salud y prevención de la enfermedad constituyen, como todo comportamiento, un objeto de actitud³⁴. En este sentido, se puede hablar de comportamientos normales en cuanto que el objeto de actitud, es decir, la evitación del quebrantamiento de la propia salud, es real, y de comportamientos afectados cuando la enfermedad a prevenir es un supuesto del propio sujeto, sedimentado más en temores y aprensiones que en una posibilidad real. Otra forma de comportamiento afectado es precisamente la inversa: ante la posibilidad real de morbilidad, el individuo no reacciona³⁵.

Los comportamientos normales responden adecuadamente a la posible enfermedad en función de variables como la edad, la importancia subjetiva de la enfermedad, el conocimiento de las defensas orgánicas propias, el medio social y laboral, la extensión de la epidemia o la predisposición hereditaria. Las respuestas serán aquellas que aconseje la cultura propia del grupo social al que pertenece el individuo. En este sentido, cabe recordar que las valoraciones culturales de una misma enfermedad pueden diferir en cuanto a la importancia socialmente dada, la etiología, etc. Por tanto, se entiende por comportamiento normal el que entronca con un ámbito cultural determinado³⁶.

³³ Véase Susser y Watson, *Medicina y...*, op. cit., cap. 9, pp. 407-456.

³⁴ H. C. TRIANDIS, *Actitudes y cambio de actitudes*, Barcelona, Toray, 1974.

³⁵ L. BELLAK, *Psicología de las enfermedades orgánicas*, Buenos Aires, Paidós, 1977, pp. 14-19.

³⁶ "Las reacciones al dolor están ligadas con sistemas complejos de creencias y valores que condicionan a las personas para responder de distinta forma ante situaciones similares." SUSSEY y WATSON, *Medicina y...*, op. cit., p. 55.

IV. CONCLUSION: CONTENIDO BASICO DE LA INFORMACION A RECOGER

Si se acepta como marco teórico referencial el planteamiento que, en líneas generales, se ha expuesto en las anteriores páginas, toda investigación orientada a conocer las actitudes y comportamientos que mantiene la población con respecto a los diferentes sistemas sanitario-asistenciales y a los conceptos de salud y enfermedad deberá atender a los siguientes puntos:

1. *Concepto de enfermedad*

Signos y síntomas que se consideran indicadores de un proceso patológico. Tipología de enfermedades y escala en función de la gravedad que se les atribuye.

2. *Actuación ante la enfermedad*

Experiencias recientes, personales o de familiares directos relacionadas con la enfermedad; prácticas y hábitos; miembros de la familia que toman las decisiones en caso de enfermedad; quién se encarga de cuidar al enfermo; cómo se le cuida; qué hace el enfermo, etc.

3. *Consecuencias personales y sociales de la enfermedad*

Procesos de marginación, integración en grupos específicos, segregación, inhabilitación, desahucio, dependencia, acogimiento a normas específicas, etc., en relación con las enfermedades.

4. *Sistemas sanitario-asistenciales conocidos*

Recursos y actividades en relación con la enfermedad. Relación de los individuos con los sistemas sanitario-asistenciales de su entorno (Seguridad Social, mutualidades, sociedades médicas privadas, médico particular, curanderos, medicina naturista...). Cercanía o lejanía asistencial, geográfica e ideológica. Se trata de averiguar qué sistemas sanitario-asistenciales son conocidos por la población para comprender mejor las actitudes y comportamientos hacia uno o más de los referidos sistemas, y en qué grado la utilización de uno u otro viene dada por la mayor o menor posibilidad de acceso a ellos. Asimismo, se trata de establecer los puntos donde hay mayor concentración asistencial y de qué tipo es ésta.

5. *Sistemas sanitario-asistenciales que se han utilizado*

Se pretende conocer los recursos sanitario-asistenciales utilizados por el individuo y su familia, en un período de tiempo que se establecerá según los objetivos a cubrir por la investigación, y los motivos de este uso.

6. *Credibilidad hacia los sistemas sanitario-asistenciales*

Se trata de poner de manifiesto la credibilidad de la que gozan los distintos sistemas sanitario-asistenciales entre la población a estudiar, tanto al nivel de las experiencias concretas como al nivel de opinión.

7. *Razones por las que se acude a un determinado sistema sanitario-asistencial*

Será necesario enfocar la recogida de la información teniendo en cuenta que tales razones pueden ser:

- a) De carácter pragmático o utilitario.
- b) Fundadas en el sistema de creencias personales.
- c) Impuestas por el sistema social dominante.

8. *Grado de satisfacción que proporcionan los distintos sistemas sanitario-asistenciales*

Una vez que se conoce el uso que de uno o más sistemas se ha hecho, interesa saber cuál de ellos merece más confianza.

9. *La idea de la muerte en el conjunto de las creencias*

Teniendo en cuenta que distintos sistemas de creencias conciben la muerte como castigo, productora de dolor, cesación de la actividad orgánica, transición, etc., se buscará poner de manifiesto con cuál de estos conceptos la asocia el individuo.

10. *Posición ideológica y creencias religiosas*

Será necesario considerar la incidencia de la ideología y, especialmente, de la religión en las actitudes y los comportamientos manifestados por la población en relación con las situaciones asistibles, especialmente con las en-

fermedades. De gran relevancia será constatar en qué medida la elección de un determinado sistema sanitario-asistencial está influida por creencias de carácter mágico, que suponen que el poder curativo emana de personas concretas o de elementos específicos.

11. *Análisis de la relación entre variables*

Se trata de cruzar las variables de identificación de la población, sus diferentes comportamientos y actitudes, y en caso de pertinencia, entre las propias actitudes y comportamientos.

12. *Diferenciación cultural*

Considerar si las actitudes y los comportamientos de los distintos grupos de población que se establezcan, son diferenciales con respecto a las opciones que se les ofrecen en materia de salud.

13. *Recursos existentes y comportamiento*

Comprobar si la mayor demanda de asistencia sanitaria, alternativa o tradicional, se corresponde con una menor oferta de recursos de la medicina oficial, tanto a nivel específico como geográfico. Y, en caso negativo, si responde a complejos mecanismos culturales que inducen a comportamientos expresivos.

CRITICA DE LIBROS