



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO

**FACULTAD DE FILOSOFÍA
LICENCIATURA EN ANTROPOLOGÍA**

**LA PRÁCTICA MÉDICA DOMÉSTICA ENTRE MUJERES
BENEFICIARIAS DEL PROGRAMA OPORTUNIDADES EN EL
CENTRO DE SALUD DR. PEDRO ESCOBEDO DE LA CIUDAD
DE QUERÉTARO: UNA APROXIMACIÓN A SUS FACTORES
SOCIOCULTURALES**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADOS EN

ANTROPOLOGÍA

PRESENTAN

**VÍCTOR ARTURO MARTÍNEZ ROJAS
VÍCTOR HUGO SÁNCHEZ SANTIAGO
JOEL OMAR VÁZQUEZ HERRERA**

DIRIGIDA POR

M. en A. ABEL PIÑA PERUSQUÍA

**CENTRO UNIVERSITARIO
QUERÉTARO, QRO., MÉXICO
2006**

BIBLIOTECA CENTRAL UAQ

No. Adj. 472531

No. Título _____

Clas. TS

614

M385p

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	1
INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO 1. PARA SER COHERENTES.....	10
1.1.- El contexto: ubicación geográfico-social.....	11
1.1.1.- Población, desarrollo industrial, familia y salud.....	13
1.2.- La relación institucional "oficial" del estudio.....	18
1.2.1.- La organización general de los servicio de salud.....	18
1.2.2.- Sobre la organización de los SESEQ.....	20
1.2.3.- El programa Oportunidades.....	25
1.3.- Una metodología legalmente costumbrista.....	29
1.3.1.- La atención médica doméstica.....	29
1.3.2.- Adherirse a la institución de salud.....	31
1.3.3.- Área y selección de la muestra.....	32
1.3.4.- Obtención de la información.....	33
1.3.5.- Codificación y análisis de la información.....	36
CAPÍTULO 2. COMENCEMOS A DIALOGAR.....	37
2.1.- El proceso salud-enfermedad-atención y sus implicaciones.....	37
2.1.1.- El devenir histórico de la concepción de salud.....	38
2.2.- Una relación a distancia.....	44
2.2.1.- El distanciamiento entre los modelos de explicación y de atención a la salud.....	46
2.2.2.- El distanciamiento entre el modelo "oficial" y sus usuarios.....	49
2.3.- La familia de la mujer.....	53
2.4.- La atención médica doméstica.....	59
2.4.1.- Quién deslegitima a la medicina doméstica.....	67

CAPÍTULO 3. CONTINUEMOS DIALOGANDO: LA COMPRESIÓN.....	69
3.1.- Red social, conformación de un posicionamiento ante el mundo.....	69
3.2.- La generalidad. "Lo que (casi) siempre nos preguntan"	84
3.2.1.- Dónde viven las amas de casa.....	85
3.2.2.- ¿Estudian o cuidan hijos?.....	92
3.2.3.- Mantenerse en pie.....	98
3.2.4.- Mi tierra.....	104
3.2.5.- El programa.....	107
 CAPÍTULO 4. LOS (OTROS) RECURSOS TERAPÉUTICOS.....	 110
4.1.- La diversidad de prácticas médicas que son utilizadas por las mujeres del programa Oportunidades.....	112
4.2.- Las prácticas religiosas como recursos médicos.....	122
4.3.- El afecto y las emociones como otro recurso terapéutico.....	127
4.4.- Quién trata las enfermedades y qué enfermedades.....	133
4.5.- Los recursos materiales. Medicamentos de patente y yerbas medicinales más utilizadas o más comunes.....	135
 CONSIDERACIONES FINALES.....	 142
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS.....	150
 ANEXOS.....	 161
Anexo 1. Guión de investigación.....	162
Anexo 2. Encuesta de investigación.....	163
Anexo 3. Modelo biomédico de atención a la salud.....	169
Anexo 4. Modelo ecológico de atención a la salud.....	170
Anexo 5. Modelo epidemiológico para el análisis de las políticas de salud.....	171
Anexo 6. Modelo biopsicosocial.....	172
Anexo 7. Modelo para evaluar el estado de salud de la población.....	173

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer a las familias beneficiarias del programa Oportunidades que acuden al Centro de Salud Dr. Pedro Escobedo de la ciudad de Querétaro, ya que sin ellas y la información que nos proporcionaron no hubiera sido posible acercarnos a los factores socioculturales que propician la utilización de prácticas medicinales domésticas y por supuesto la realización de la presente tesis.

Sin duda, el historial académico y la educación con la que hoy contamos, se los debemos a nuestras familias que incondicionalmente nos apoyaron en las decisiones que había que tomar en el transcurso de la vida, sobre todo en la tarea poco conocida de convertirnos en antropólogos.

A nuestro asesor de tesis, el Maestro en Antropología Abel Piña Perusquía por el diálogo que mantuvimos, las sugerencias que hizo al trabajo y el tiempo que dedicó a ello. En segundo lugar y no menos importante, a los profesores y compañeros de la licenciatura que enriquecieron la investigación con recomendaciones de todo tipo.

El inmiscuirnos y mantenernos en el mencionado Centro de Salud se lo debemos al personal del turno especial, quienes los fines de semana son encargados del programa Oportunidades, mismos que asumieron la responsabilidad de hacerse cargo de nosotros y creer en el proyecto, así como lo hicieron las autoridades de la Secretaría de Salud del Estado de Querétaro (SESEQ) y la propia Universidad Autónoma de Querétaro (UAQ).

Sin más, a todos y a los *otros* que influyeron a ser lo que somos, a hacer lo que hacemos y a los que colaboraron para ponerle fin a este trabajo: *gracias.....totales.*

INTRODUCCIÓN

Este trabajo se ubica dentro del espacio de la atención médica doméstica, teniendo como objeto realizar una exploración de los factores socioculturales que influyen en la misma.

Sobre la manera de abordar el problema.

La práctica médica doméstica ha ocupado un lugar y un espacio dentro del proceso histórico salud-enfermedad. En el contexto histórico de Occidente la consolidación de la práctica médica dominante/científica¹ ha ido excluyendo a otras prácticas médicas entre las cuales se encuentra la doméstica². La exclusión con el paso del tiempo ha traído un problema de distanciamiento y/o separación entre las diferentes prácticas médicas con las que cuentan las sociedades que reciben la influencia occidental³.

El problema se vuelve complejo porque cada sociedad que admite el predominio de la medicina científica responde también a su tradición cultural⁴ que hace que las respuestas de cada una de estas sociedades ante la enfermedad no siempre sean las esperadas por la mencionada medicina.

¹ La consolidación de la práctica médica "científica" se produce más puntualmente a partir del descubrimiento del microscopio por Leuwenhoek en el Siglo XVII (Mora y Hersch, 1990:21).

² "La ciencia médica hegemónica... se ha desarrollado con base en un mayor aprovechamiento de la tecnología, la bioquímica, el aumento del personal profesional, los centros médicos hospitalarios y las especialidades médicas... La medicina oficial tiene... una clara práctica y tendencia a la centralización y al control de la práctica médica y las enfermedades" (Pifia, 2002:157). La centralización implica excluir o minimizar a otras prácticas médicas.

³ La medicina oficial parece olvidar que en México hasta la década de los años 70 del siglo XX todavía se calculaba que unos 15 a 20 millones de personas se encontraban al margen de los sistemas médicos profesionales: estatal, paraestatal o medicina privada, y en más de 3,000 localidades todas las enfermedades eran competencia obligada de la atención doméstica y del terapeuta tradicional (en Zolla, 1988:14,19,20 y Anzures, 1983:10).

⁴ "...la medicina... es parte de la cultura general de una época y refleja el concepto de la vida de esa época" (Sigerist, 1987:269).

Las ciencias sociales han visualizado los hechos mencionados y autores como Carlos Zolla, Eduardo Menéndez, entre otros, han realizado una clasificación de los modelos de atención a la salud donde incluyen a la práctica médica doméstica en el proceso salud-enfermedad.

Hernández Tezoquipa hace una descripción⁵ más puntual sobre los factores que intervienen en el espacio de la práctica médica doméstica como modelo de atención y dice que abarca un área médica preventiva y curativa donde intervienen diferentes factores como: la alimentación, la nutrición, la vivienda, la higiene, el trabajo, la educación, la religiosidad, la recreación, el saneamiento básico, las normas sociales (Hernández *et al*, 2001:444).

Esta tesis, "LA PRÁCTICA MÉDICA DOMÉSTICA...", tiene como propósito el estudio de los factores que están presentes en la práctica médica doméstica para destacar el lugar y el valor que ocupa dentro de las familias estudiadas en la acción preventiva y curativa; así como reconocer, bajo estos parámetros, la relación que tiene con otras prácticas médicas.

Justificación.

La práctica médica doméstica a pesar de que está presente en cualquier núcleo familiar, las instituciones "oficiales" la valoran poco en su práctica y en cuanto a sus resultados favorables dentro del proceso salud-enfermedad. La sociedad aunque no la concibe con los términos de "práctica médica" la vive y la aplica en su cotidianeidad.

⁵ Su estudio se ubica en el ámbito teórico de la microsociología donde la perspectiva teórica se centra en el tema humano y edifica el mundo social a partir de la conciencia humana; para ello se basaron en la Encuesta Nacional de Salud (ENSA II) en México (1994), centrando su atención en la información proporcionada por las mujeres en el ámbito doméstico.

Por tanto esta investigación pretende, por una parte, que las instituciones "oficiales" concedan una validez a dicha práctica, por otra, que la sociedad la ubique como "práctica médica" y las curadoras domésticas estén incluidas dentro del proceso salud-enfermedad.

La temática de la práctica y atención médica doméstica es conveniente explorarla para un mejor aprovechamiento en el medio urbano pues con frecuencia se le ubica dentro del ámbito eminentemente rural.

Objetivo general.

Este trabajo de investigación se ha orientado al estudio de los factores socioculturales, desde la perspectiva de las amas de casa de escasos recursos económicos, como actoras principales de la práctica médica doméstica, destacando la importancia que tienen dentro de las familias estudiadas en la acción preventiva y curativa; así como reconocer, bajo estos lineamientos, la relación que tiene con otras prácticas médicas con la intención de reducir el distanciamiento entre éstas.

Objetivos particulares.

Los aspectos en los que se va a centrar el análisis y la discusión son los siguientes: determinar la importancia de las amas de casa en la actividad curativa y preventiva dentro del ámbito doméstico, reconocer los conocimientos sobre el uso de diferentes recursos terapéuticos provenientes de distintas prácticas médicas, identificar los elementos que influyen para que la curadora doméstica seleccione y aplique determinadas acciones curativas, y conocer las características del distanciamiento desde la práctica médica doméstica en relación con la hegemónica (alopática o de patente).

Hipótesis.

La práctica médica doméstica es hipotéticamente una propuesta de supervivencia en cuanto a que se ajusta a una lógica aplicativa popular para afrontar el proceso salud-enfermedad en un primer nivel de atención.

Se puede esperar que la práctica médica doméstica, en un primer nivel de atención, sea indispensable en el equilibrio del proceso salud-enfermedad a nivel social, ya que la atención médica pública "oficial" le falta infraestructura y recursos humanos para atender a toda la población.

Las amas de casa en la atención médica doméstica se espera que apliquen cierta lógica, técnica y metodología ajustada a su experiencia, a su situación económica, a su nivel educativo, a sus creencias religiosas, a su procedencia, a sus relaciones sociales, laborales, médicas, vecinales y familiares.

La práctica médica doméstica no se aleja de la medicina hegemónica, es la medicina hegemónica y sus actores (médicos, enfermeras...) por su cosmovisión⁶, los que tenderán a minimizar y/o alejarse de las prácticas domésticas de atención al proceso salud-enfermedad.

Metodología.

En este trabajo se hace un análisis de los factores socioculturales que inciden en la práctica médica doméstica en el medio urbano con personas (amas de casa) de escasos recursos económicos. Para llevar a cabo la investigación nos incorporamos al Centro de Salud Dr. Pedro Escobedo

⁶ La cosmovisión es el conjunto de "sistemas ideológicos" (conjunto ordenado de representaciones, ideas y creencias sobre el universo) que se articulan de manera coherente, en un momento histórico determinado, por una sociedad para interpretar la totalidad del universo y actuar en él (López Austin, 1989:17).

de la ciudad de Querétaro⁷ dentro del Programa de desarrollo humano Oportunidades enfocado a familias y por consecuencia a mujeres (amas de casa) en condiciones de bajos recursos económicos⁸.

La estancia en la Unidad de Salud fue de julio de 2003 a julio de 2004. En este período se aplicaron los instrumentos para recabar información y gracias al apoyo de la Institución, se realizó ahí mismo, la codificación y se inició la redacción del documento final.

El manejo y control del Programa Oportunidades en el Centro de Salud se lleva a cabo principalmente a través de las mujeres/amas de casa.

Uno de los roles sociales que tienen estas mujeres en su vida cotidiana es el de realizar la práctica médica doméstica⁹, lo cual es motivo para considerar a las beneficiarias del Oportunidades como personas indispensables para investigar los factores socioculturales que inciden en esta práctica.

El análisis de los factores socioculturales definidos se efectuó principalmente por medio de la realización de encuestas a las curadoras domésticas. Se aplicaron 234 encuestas y se codificó la información dentro de un programa de cómputo. El análisis de la información lo basamos en una estadística descriptiva para cada variable de la encuesta, tomando en consideración fundamentalmente el análisis de las frecuencias relativas (porcentajes). Los resultados también incluirán

⁷ El Centro de Salud Dr. Pedro Escobedo se localiza en la esquina de las calles de Pino Suárez y Nicolás Campa S/N en el centro de la ciudad de Querétaro, el cual forma parte de la Jurisdicción Sanitaria No. 1 de los Servicios de Salud del Estado de Querétaro (SESEQ).

⁸ Esta categoría la define el propio Programa como se cita a continuación: "El programa de desarrollo humano Oportunidades... fue creado con el fin de promover acciones... de las familias que viven en condiciones de pobreza extrema (Prontuario Operativo para personal de Salud, 2002:5).

⁹ La mujer tiene un doble papel en el ámbito de la atención médica doméstica, el de terapeuta y el de agente principal de la salud en el universo familiar (Zolla y Mellado en Campos, 1992:71).

observaciones y precisiones que hacían las amas de casa en el momento de la encuesta.

El orden de los capítulos.

La tesis se desarrolla en cuatro capítulos, a continuación se hace un breve resumen de cada uno. El primer capítulo presenta el contexto geográfico y socioeconómico donde se desarrolla el estudio y también se ahonda de manera ampliada la metodología. Se inicia con la ubicación de la ciudad de Querétaro y los factores condicionantes como: el clima, la orografía, sus principales vías de acceso.

La investigación se desenvuelve en el ámbito urbano, por lo cual, se hace referencia a los factores que han propiciado el crecimiento de la ciudad y han incidido en la atención y la práctica médica en sus diferentes dimensiones.

El trabajo de campo lo hacemos en una institución de salud (Centro de Salud Dr. Pedro Escobedo) dentro de un programa específico llevado en esta unidad de atención (Oportunidades), lo que implicó trabajar tópicos como: la organización de los servicios de atención a la salud por parte de las principales instituciones de salud oficiales tanto a nivel estatal como municipal, la organización de la institución donde se realizó la investigación (SESEQ), la del Centro de Salud y la del programa Oportunidades a nivel Jurisdiccional y al interior del Centro de Salud.

Al final del primer capítulo se expone la metodología iniciando con el objeto de estudio (y los factores que intervienen en la práctica médica doméstica). Enseguida se indica el área donde se realizó la investigación y se especifica la forma de selección de la muestra. Posteriormente se hace explícita la manera en cómo se obtuvo la información, para terminar indicando el procedimiento de codificación y análisis de los datos.

El segundo capítulo comprende el marco teórico referencial, así como algunos aspectos que giran entorno al mismo. Con este propósito se presenta el proceso histórico que ha conducido a una práctica médica hegemónica en el que se propicia el alejamiento con otras prácticas médicas. La intención es indicar el desenvolvimiento del modelo médico dominante y mostrar como va modificando la forma de entender la salud y/o la enfermedad. Asimismo señalamos su incorporación a las estructuras del Estado, cómo la atención a la salud se vuelve cada vez más un fenómeno mundial y que el proceso salud-enfermedad tiene que ver con dinámicas tecnológicas, políticas, económicas y sociales que lo introducen dentro de procesos socioculturales cambiantes y en un permanente movimiento. Esto último abre la posibilidad de poder hablar del proceso salud-enfermedad-atención desde varias posturas conceptuales provenientes de diferentes ciencias.

Lo antepuesto da pauta para exponer la propuesta teórica manifestada desde la antropología con autores como: Menéndez, Zolla, que clasifican los modelos médicos en México, resaltando valorar el estudio de la atención médica tradicional y la que se ofrece en el ámbito doméstico. Bajo esta propuesta, inicialmente se incide en el tema de la relación y el distanciamiento entre los modelos de explicación y atención a la salud (que incluyen diversas medicinas y sus prácticas) y sus usuarios, sin dejar de lado el reconocimiento a las grandes contribuciones para la sociedad del modelo médico hegemónico.

En el segmento subsecuente de este segundo capítulo se analizan los elementos que inciden directamente en la práctica de la atención médica doméstica y se menciona el papel de la familia y la mujer dentro del proceso salud-enfermedad. También se examinan los matices teóricos y prácticos más sobresalientes sobre la práctica médica doméstica, desde la definición de medicina doméstica y su relevancia en el ámbito del

proceso salud-enfermedad, hasta esclarecer los factores que intervienen en su práctica, así como señalar los elementos que tienden a su exclusión.

En el tercer capítulo se hace el análisis y la comprensión de los resultados de la investigación de campo con los datos estadísticos y etnográficos que hacen referirnos a los factores que intervienen en la atención médica doméstica. En primer lugar se hace mención a la naturaleza social del ser humano, la cual lo conforma y le facilita estrategias de supervivencia y redes de autoayuda dentro del proceso salud-enfermedad en la práctica médica doméstica. En segundo lugar se detallan los factores socioeconómicos que intervienen e influyen para el ejercicio de la atención médica doméstica por parte de las mujeres / amas de casa del Oportunidades, haciendo referencia a su procedencia, lugar donde habitan, escolaridad, número de hijos, etcétera.

En el capítulo cuarto se continúa con la tarea de examinar las categorías socioculturales que tienen mayor peso en la toma de las decisiones para la atención médica doméstica. Entre las cuales se encuentra la diversidad de recursos terapéuticos con que cuenta esta práctica.

En resumen, este trabajo no constituye un fin en sí mismo, sirvió para familiarizarnos con la práctica médica doméstica y la información de campo abre la posibilidad de llevar investigación(es) más amplia(s) y/o completa(s).

Los datos muestran que las amas de casa encuestadas son generalmente las primeras y a veces las únicas que brindan cuidados médicos al interior del núcleo familiar en un primer nivel de atención. Su práctica médica es inminentemente incluyente y el distanciamiento con otras prácticas médicas se produce en el momento en que ésta penetra en el espacio físico y social de los "otros" especialistas, principalmente con los del modelo médico hegemónico.

CAPÍTULO 1. PARA SER COHERENTES

Para un mejor reconocimiento de lo que conlleva estudiar los factores socioculturales que intervienen en la práctica médica doméstica en el medio urbano, en la primer parte de este apartado se abordan cuestiones relacionadas con el contexto del estudio desde su ubicación hasta citar las principales características geográficas del entorno físico¹⁰.

Asimismo en esta parte se amplía la explicación añadiendo situaciones histórico-sociales de la ciudad que repercuten en la salud y en la dinámica familiar, a la vez que se analiza el discurso entorno a estos aspectos desde la óptica oficial, es decir, desde los planes de desarrollo gubernamentales, con el objeto de mostrar cómo se perciben los cambios sociales en materia de salud desde el sector oficial y dar mayor cabida a las propuestas que pudiesen venir de este trabajo.

Debido a que el trabajo de campo se realizó al interior de una institución pública de salud, en el segundo punto de este capítulo se habla de la estructura general de los servicios de salud y de la organización del programa Oportunidades dentro del centro de salud Dr. Pedro Escobedo donde se localizan los sujetos sociales del estudio.

¹⁰ Es importante incluir estos temas debido a que la salud y por ende la atención médica doméstica (como lo veremos más adelante) depende, desde incluir los factores físicos, por ejemplo en lo que respecta al clima, si aumenta la temperatura en el verano, incrementarán padecimientos gastrointestinales en esa época y por consecuencia habrá una mayor atención de las diferentes prácticas médicas sobre estos.

1.1. El contexto: ubicación geográfico-social.

El presente trabajo se realizó en el estado de Querétaro (ver mapa 1)¹¹, en el municipio Santiago de Querétaro, la capital (ver mapa 2).

MAPA 1.

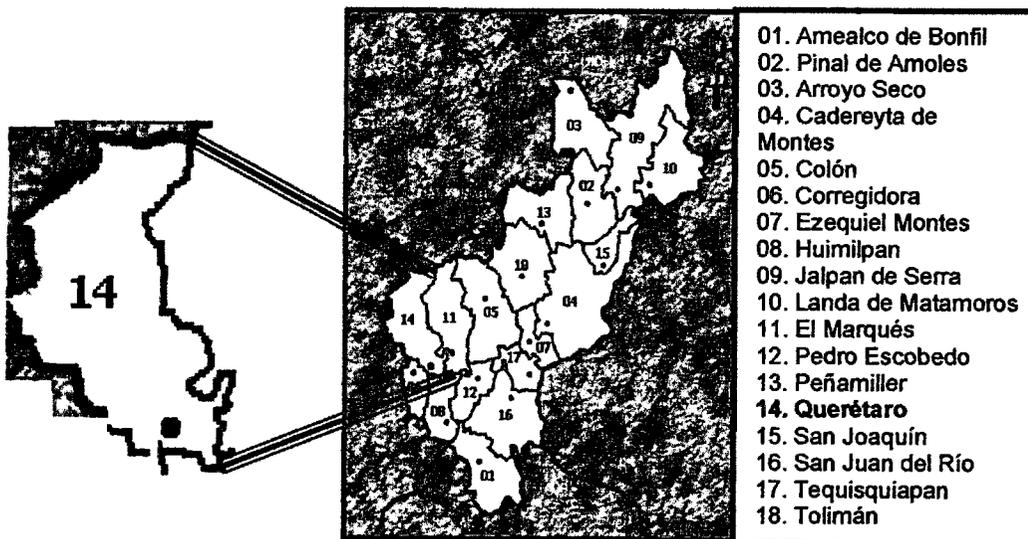
Localización del estado de Querétaro



Fuente: <http://www.e-local.gob.mx>

MAPA 2.

Querétaro y sus 18 municipios



Fuente: <http://www.e-local.gob.mx>

¹¹ El estado de Querétaro tiene unas coordenadas extremas al norte 21° 40', al sur 20° 01' de latitud norte; al este 99° 03', al oeste 100° 36' de longitud oeste. Su extensión territorial es de 11769 km² siendo una de las entidades más pequeñas de la República Mexicana. Colinda al norte con Guanajuato y San Luis Potosí; al este con San Luis Potosí e Hidalgo; al sur con Hidalgo, México y Michoacán de Ocampo; al oeste con Guanajuato. Cuenta con 18 municipios (ver mapa 2) donde solamente dos de ellos (Querétaro y San Juan del Río) rebasan los 100,000 habitantes <http://www.inegi.gob.mx/>.

El municipio de Querétaro (ver mapa 2) se localiza en la parte Suroeste del estado. Tiene una superficie territorial de 759.9 km².

Sus características meteorológicas son las siguientes: el *clima* en el municipio es templado semiseco, la temperatura media anual es de 18.3°C aunque puede alcanzar temperaturas mínimas en los meses de diciembre y enero de - 2.5°C y máximas en mayo y junio de 37.5°C, la precipitación pluvial promedio anual es de 550.8 ml.

Sus límites geográficos son los siguientes: al Norte con el estado de Guanajuato, al Sur con el municipios de Corregidora, al Este con el municipio de El Marqués y al Oeste con los municipios de Huimilpan y Pedro Escobedo¹².

El municipio se asienta en la región de los *valles centrales*¹³ y más específicamente donde da inicio lo que se conoce como "El Bajío" cuya característica principal son las grandes extensiones de tierra plana y lomerío suave interrumpido por pequeñas elevaciones aisladas.

¹² Su conformación geológica se caracteriza por dos tipos de suelo, uno grisáceo muy arcilloso con malas condiciones de drenaje y una topografía ligeramente ondulada y pendientes menores de 8% y otro de piedras con trozos de roca cerca de la superficie, de mal drenaje, con topografía de plana a ligeramente ondulada y pendientes menores a 8%.

Sus coordenadas extremas son: en longitud oeste del meridiano 100°-19' al meridiano 100°-36' y en latitud norte del paralelo 20°-31' al paralelo 20°-56', con altitudes que varían de 1800 a 1820 metros sobre el nivel del mar (m s n m).

En su orografía el punto de referencia es el cerro del Cimatarío en la parte sur con una altitud de 2390 m s n m. En su hidrografía el principal caudal es el río Querétaro que nace en el municipio de El Marqués y se une al río Lerma. Por años la ciudad se ha abastecido principalmente del agua subterránea proveniente del municipio de El Marqués.

Su flora natural se caracteriza por árboles pequeños y arbustos grandes como el mezquite, el pirul, palo bobo, huizache y palo shishote, generalmente mezclado con nopal, garambullo, órgano, biznaga y maguey. Por el crecimiento poblacional, la flora y la fauna natural han sufrido modificaciones quedando de manifiesto solamente en la ladera de algunos cerros o en partes no agrícolas y deshabitadas.

¹³ Por su posición geográfica el estado se divide en cuatro regiones geocológicas considerando los municipios y de acuerdo a sus características dominantes, las cuales son: la región sur del estado, la de los *valles centrales*, la del semidesierto, y la región de la sierra gorda. La región de los *valles centrales* comprende los municipios de Corregidora, Ezequiel Montes, El Marqués, Pedro Escobedo, San Juan del Río, Tequisquiapan y Querétaro, alcanza una extensión de 3,485.9km² que representa un 29.6% de la extensión del Estado. Su conformación topográfica es benigna, alternando terrenos planos con lomerío y pequeñas serranías (Nieto, 1986:15 y 16).

La ciudad de Querétaro fue fundada "oficialmente" en el año de 1531 el día de Santiago Apóstol, tras una batalla simbólica entre grupos indígenas y peninsulares (españoles) acontecida en el cerro llamado del Sangremal o cerro de La Cruz. Su consolidación como un centro poblacional importante se debió a su misma ubicación geográfica, lo que motivó a que a partir de fines del siglo S.XVIII se fuese consolidando como zona de crecimiento poblacional e industrial.

1.1.1. Población, desarrollo industrial, familia y salud.

Con el proceso de colonización y de urbanización se ha venido modificando el entorno social y por ende la atención al proceso salud-enfermedad-atención desde los ámbitos institucionales oficiales hasta la atención médica doméstica, por ello, en este punto se hace una reseña de las repercusiones de dicho evento, al mismo tiempo indicando cómo se ha manejado en el discurso dicha situación desde el ámbito gubernamental de la salud. Con lo cual se pretende demostrar que el espacio de la salud-enfermedad-atención en todas sus dimensiones (incluyendo la atención a la salud que se ofrece en el hogar) es algo dinámico e interactuante y que enfrenta día con día nuevos retos.

La ciudad de Santiago de Querétaro históricamente es en donde se ha dado la mayor concentración de población en el estado, por otra parte, su naturaleza industrial no es reciente, ya que por ejemplo para 1793 había unos 215 obrajes los cuales empleaban a unos 1,500 trabajadores en la manufactura textil (Munguía, 1988:25).

Lo anterior indica de alguna forma que debían existir desde la época colonial redes de intercambio comercial importantes por lo menos a nivel regional, en ese sentido estamos de acuerdo con lo que menciona Ángel Bassols (1969:71 y 82) cuando dice que *las regiones económicas en México* han llevado un proceso de maduración, donde su situación

geográfica ha jugado un papel fundamental, tal ha sido el caso de "la región central del país"¹⁴ donde la ciudad de Querétaro por su ubicación y geografía ha tenido una función importante, basta analizar periodos claves en la historia de México como el de Independencia o el de Revolución.

En la etapa posrevolucionaria no es la excepción y cuando el país empieza a sentar bases más firmes para un desarrollo industrial se crean en la ciudad de Querétaro condiciones para la producción¹⁵ (Ramírez, s/f:155), a partir de entonces, casi de forma generalizada, se viene manifestando un crecimiento extraordinario comparado con la media nacional tanto en el sector industrial como en el de población. Por ejemplo: en 1960 en el estado había 743 industrias manufactureras, para 1975 ascendieron a 1315, o sea, se creció un 77% cuando la media nacional era de 17.2%; la inversión industrial se multiplicó 18 veces en este periodo.

En población aproximadamente fue el mismo fenómeno, después de venir de un periodo de crecimiento incluso menor al del resto del país en la etapa de 1940 a 1960, de 1960 a 1970 la población se incrementó un 69.9% y de 1970 a 1980 un 148.9%¹⁶ (García, 1986:377-378). Se puede decir que desde entonces la ciudad de Querétaro se convierte en un importante polo de atracción de población principalmente del medio rural de sus alrededores.

Para mediados de la década de los 80s el crecimiento económico del estado está inclinado hacia la actividad industrial y representa ya en este momento un 45% del producto interno bruto (PIB) estatal; dentro de

¹⁴ Bassols pone tres zonas económicas importantes que se han venido conformando en el desarrollo histórico del país, dos en la parte norte y una en el centro (de esta última ha venido formando parte la ciudad de Querétaro).

¹⁵ Crear condiciones para la producción tiene que ver con toda la política nacional y estatal de brindar facilidades para ubicarse en el mercado, también de crear una regulación del comercio, etc.

¹⁶ Cabe señalar que estas cifras son para todo el Estado de Querétaro, pero son realmente significantes en el sentido de que San Juan del Río comenzó a tener importancia industrial a partir de 1975 como segunda ciudad más importante en el Estado (García, 1986:377).

las principales ramas de este sector se encuentra la metalmecánica, alimentaria, papelera, textil, del vidrio, eléctrica, química, hulera, etc. (Plan Querétaro 1986-1991:22 y 23.).

En el mismo lapso de tiempo en materia de población se hacen algunas reflexiones importantes, por ejemplo: en 35 años (de 1950 a 1985) la población en el estado creció poco más de tres veces (de 286 mil a 945 mil),¹⁷ lo anterior cobra relevancia cuando las cifras muestran que la distribución en el territorio estatal es bastante irregular, debido a que aproximadamente el 40% de ésta se concentra en el municipio de Querétaro (Nieto, 1986:67).

El auge económico y el incremento de la población que ha tenido la entidad viene a incidir en dos aspectos fundamentales: en las instituciones de salud en el estado, así como en el cambio de la estructura y la dinámica familiar, por consecuencia en la atención médica doméstica.

En lo que respecta a las instituciones de salud en el estado, son afectadas por el hecho de que tendrán que hacer y mantener guarderías, hacer y llevar a cabo programas de combate a la pobreza y de asistencia social, madres solteras, personas con SIDA (o con otro tipo de enfermedades crónico degenerativas), etcétera, que si bien, no pueden ser padecimientos o necesidades exclusivas de zonas urbanas sí se masifican en éstas y sobre la demanda de servicios básicos como vivienda, vialidades, transporte, servicios públicos (agua, luz, drenaje,...), espacios educativos, espacios deportivos, servicios de salud, etc.

Los retos que estos hechos implicaban para el gobierno estatal se manifestaron claramente en los planes de desarrollo de los diferentes sexenios a partir del de 1986. En el sexenio 1986-1991 es notoria la necesidad de atender todos los servicios básicos que requiere el crecimiento del estado (Plan Querétaro 1986-1991:63-65).

¹⁷ Ídem:22

En materia de salud se hace un recuento de la infraestructura con la que posee el sector, se habla de que cuenta con una cobertura del 95% en el estado y a la vez se enfatiza en la necesidad de concluir obras como la ampliación del hospital general, además se menciona la necesidad de aprovechar al máximo la infraestructura con que se cuenta, la ampliación de servicios, incrementar las medidas de prevención sobre todo en las industrias y continuar con las campañas permanentes de vacunación y planificación familiar (Plan Querétaro, 1986-1991:29 y 65).

En el plan de gobierno que va de 1991-1997 existen dos discursos: por una parte se habla *del alto costo social que ha tenido el proceso de industrialización para la entidad* y también de una necesidad de "modernización" en el sector productivo ante un inminente tratado de libre comercio (Plan estatal de desarrollo, 1991-1997:84-85).

En materia de salud el acento se pone en los siguientes aspectos: siguen persistiendo problemas generales de salud entre los "*grupos desprotegidos*" (por lo tanto hay necesidad de atenderles), disminuir la desigualdad existente en cobertura, acceso y calidad en la atención que reciben los grupos sociales más desprotegidos y fortalecer el proceso de descentralización de los servicios de salud.

Dentro de la serie de compromisos o aspectos a los cuales se les considera seguir impulsando están: la salud mental, la responsabilidad compartida, la salud sexual, la planificación familiar, detección del embarazo y atención al recién nacido, los programas de nutrición, la atención a la hipertensión arterial, la atención del SIDA, los servicios de odontopediatría, evitar la duplicidad de servicios, fortalecer programas de asistencia social dirigidos a ancianos, niños de la calle, madres solteras, fármacodependientes, alcohólicos y guarderías (Plan estatal de desarrollo, 1991-1997:116-119).

El siguiente plan habla de un estado que a su interior manifiesta aspectos contrastantes, por ejemplo hay expansión de algunos sectores económicos, pero hay grandes retos en materia de dotación de servicios básicos debido al intenso crecimiento demográfico, por otra parte se habla de que hay 9 municipios con la categoría de alta marginación (Plan estatal de desarrollo, 1998-2003:7-11).

En el ámbito de la se enfrentan lo siguientes retos: el acelerado crecimiento demográfico (en primer lugar), la mejora de la infraestructura, la modernización del equipo y el abasto suficiente de medicamento. El acento se pone en la conjunción de esfuerzos entre las instituciones del sector salud y conformar un sistema estatal de salud, ampliar los programas que incidan directamente en la prevención y la utilización "plena" de la infraestructura con que se cuenta (Plan estatal de desarrollo, 1998-2003:13, 63 y 64).

De acuerdo al censo, en el año 2000 Querétaro contaba con una población de 1,404,306 habitantes, de los cuales 641,386 (el 45.6% de la población total del estado) se ubican en la capital (INEGI, 2000:40). Los proyectos estratégicos en materia de salud en este periodo (1998-2003) están dirigidos hacia la preservación de la calidad del servicio, mantenimiento de instalaciones y equipo médico, ampliación en la cobertura del servicio, conjunción de esfuerzos entre dependencias de este sector e impulso a la prevención (Anuario económico, 2001:95).

Por lo anterior se reafirma que desde el discurso oficial no se ignoran los procesos sociales en materia de salud, así como los retos que conllevan los mismos. La práctica médica doméstica no es ajena a dichos eventos, motivo por el cual se requiere estudiar tanto las repercusiones de las propuestas gubernamentales dentro del núcleo familiar, así como la forma en que están percibiendo y resolviendo sus problemas de salud ante los ya mencionados fenómenos económicos-sociales de su entorno.

1.2. La relación institucional "oficial" del estudio.

El trabajo de investigación se llevó a cabo al interior del centro de salud urbano Dr. Pedro Escobedo de la ciudad de Querétaro (perteneciente a los SESEQ), por lo cual se consideró importante dividir este apartado en los siguientes puntos: primero, señalar algunos aspectos relacionados con la infraestructura, organización de los servicios de salud "oficiales" desde un nivel estatal general; segundo, una institución específica (SESEQ), hasta el centro de salud antes mencionado; y tercero, un programa de ayuda social en específico el Oportunidades en el que se ubican las amas de casa (curadoras domésticas) relacionadas con el estudio.

1.2.1. La organización general de los servicios de salud.

El estado de Querétaro cuenta con 76 centros hospitalarios¹⁸, 66 son privados y 10 son públicos, con una capacidad de 1,240 camas censables¹⁹ de las cuales 533 están en el sector privado y 707 en el sector público para una población aproximada de más de un millón de habitantes en el estado (ver cuadro 1).

Las instituciones de seguridad social más significativas son: el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), los Servicios de Salud del Estado de Querétaro (SESEQ), el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) (Anuario económico 2001:95-97).

¹⁸ Centro hospitalario es donde puede permanecer internado un paciente.

¹⁹ Cama censable se refiere al espacio específico donde puede permanecer internado el paciente y que cuenta con conexiones para equipo de reanimación vital (equipo rojo).

CUADRO 1.

Infraestructura básica y población derechohabiente del estado de Querétaro

<i>Institución</i>	<i>Población derechohabiente</i>	<i>Centros hospitalarios <u>a</u></i>	<i>Unidades de consulta de medicina familiar <u>b</u></i>
IMSS	957, 975	2	22
SESEQ		8	243
ISSSTE	102,893	1	17
Sector privado		66	
Totales	1,060,868	77	282

Fuente: Anuario económico 2001 Y SESEQ.

NOTA: en los espacios en blanco todavía no se obtienen datos y no se tiene exactitud de su proporción debido a que estas instituciones ofrecen su servicio a una población abierta.

a.- Esta clasificación incluye los de 2do y 3er nivel, es decir, donde existe hospitalización e intervenciones quirúrgicas.

b.- Son aquellas que dan consulta externa o extrahospitalarias (1er nivel).

Siendo el municipio de Querétaro el de mayor población del estado, es también donde se ubican los centros hospitalarios públicos y privados más importantes del estado (ver cuadro 2).

CUADRO 2.

Centros hospitalarios más importantes en la ciudad de Querétaro y sus camas censables.

<i>Centro hospitalario</i>	<i>Camas censables</i>
Hospital IMSS	247
Hospital General (SESEQ)	140
Hospital del niño y la mujer (SESEQ)	120
Hospital ISSSTE	67
Hospital Ángeles (privado)	41
Hospital San José (privado)	38
Total	653

Fuente: Anuario económico 2001 y <http://www.sesa-qro.gob>

Para complementar el cuadro habría que añadir que en la ciudad de Querétaro existen 33 centros hospitalarios privados y solamente 8 rebasan las 23 camas censables, aunque en total alcanzan las 374 camas censables. Mientras las instituciones públicas, o sea, 4 dependencias logran las 578 camas censables.

Los SESEQ son la institución de seguridad social con mayor capacidad en la atención de consulta externa, o sea, en el 1er nivel de atención (ver cuadro 1), por tanto ha sido una de las principales dependencias gubernamentales encargadas de llevar a cabo programas de ayuda social como el Oportunidades.

1.2.2.- Sobre la organización de los SESEQ.

Los SESEQ en los 18 municipios que conforman el Estado, realiza su división sanitaria en 4 Jurisdicciones. La Jurisdicción No. 1 incluye a los municipios de Querétaro, Corregidora, El Marqués y Huimilpan, en la No. 2 está San Juan del Río, Pedro Escobedo, Tequisquiapan y Amealco de Bonfil, la No. 3 incluye a Cadereyta de Montes, Ezequiel Montes, Tolimán, Peñamiller y San Joaquín y en la No. 4 a Jalpan de Serra, Pinal de Amoles, Arroyo Seco y Landa de Matamoros.

Como este estudio se realizó en el centro de salud Dr. Pedro Escobedo de la ciudad de Querétaro, hace que se ubique en la Jurisdicción sanitaria no. 1 (ver mapa 3).

MAPA 3.
Ubicación de la jurisdicción sanitaria no. 1



Fuente: <http://www.e-local.gob.mx> y SESEQ.

La Jurisdicción sanitaria No. 1 abarca cuatro municipios del Estado (Corregidora, El Marqués, Huimilpan y Querétaro). Tiene su sede en la ciudad de Querétaro en las calles de Pino Suárez y Nicolás Campa en el centro histórico y brinda servicio de salud a una población abierta promedio de 245,611 habitantes.

La infraestructura y los recursos humanos con los que cuenta la Jurisdicción se expresan en el cuadro 3.

CUADRO 3.

Infraestructura y recursos humanos de la Jurisdicción No. 1.

Recursos humanos	Núm.	Infraestructura	Núm.
Médicos	401	C. Salud Urbano	45
Enfermería	602	C. Salud Rural	5
Personal Profesional	36	Hospitales	2
Personal Técnico	106	Unidades Móviles	11
Otros	281	Total	63
Total	1426		

Fuente: anuario económico 2001

Estas instalaciones están destinadas para atender una población abierta dentro del municipio de 282,018, que representa el 39.73% de la población total del municipio que es de 709,835 habitantes, para un total de 159 localidades.

En el municipio de Querétaro los SESEQ cuentan con una infraestructura que se expresa en el cuadro 4.

CUADRO 4.

Infraestructura para el municipio de Querétaro.

<i>Unidades de Primer Nivel</i>	<i>Núm.</i>
Centro de salud urbano	4
Centro de Salud Rural	18
CECOSAM	1
Unidades Móviles	6
Total	29
Hospital de segundo nivel	
Hospital General	1
Hospital de especialidades	
Hospital Materno Infantil	1

Fuente: <http://www.sesa-qro.gob.mx>

El centro de salud "Dr. Pedro Escobedo"²⁰ en el que se desenvuelve este trabajo, es uno de los cuatro centros de salud urbanos dentro del municipio de Querétaro, a su vez es el primer centro de salud construido en la ciudad y equipado por la Lotería Nacional bajo la dirección técnica de la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) en el año de 1958. Lleva aproximadamente 45 años prestando servicios de salud para la entidad.

Los servicios o departamentos y los recursos humanos con los que cuenta hasta diciembre de 2003, se expresan en los cuadros 5 y 6.

CUADRO 5.

Servicios que se ofrecen en el centro de salud Dr. Pedro Escobedo

Archivo clínico	Dental	Inyecciones, curaciones y suturas	Oportunidades (programa de ayuda social)
CEYE (esterilización de material)	Dermatología*	Laboratorio de análisis clínicos	Planificación familiar
Consulta para sexoservicio	Epidemiología	Nutrición*	Trabajo social
Consulta general	Inmunizaciones (vacunas)	Oftalmología*	Vasectomía sin bisturí (cirugía)

Fuente: Personal de enfermería con mas de 10 años de servicio en este centro de salud

NOTA: * Son servicios que solamente se prestan una vez a la semana.

²⁰ Pedro Escobedo (1798-1844) fue un médico queretano del siglo XIX al cual se le considera uno de los fundadores de la Escuela de Medicina de México.

CUADRO 6.
Recursos humanos del centro de salud Dr. Pedro Escobedo

<i>Recursos humanos</i>	<i>Núm.</i>
Médicos generales	18
Médicos especialistas	2
Dentistas	4
Enfermeras	24
Químicos	5
Administrativos	16
Trabajo social	2
Servicios generales	6
Limpieza	5
Total	82
<i>Pasantes</i>	
Dental	3
Enfermería	4
Trabajo social	5
Antropología	3
Total	15

Fuente: Personal de enfermería con más de 10 años de servicio en este centro de salud

Estos servicios y recursos humanos están repartidos en tres turnos laborales: matutino de 8:00 a 14:30 hrs, vespertino de 14:30 a 20 hrs (de lunes a viernes) y el especial de 8:00 a 20:00 hrs (sábados, domingos y días festivos). El turno matutino es el que cuenta con el mayor número de servicios y de personal.

En el turno especial de este centro de salud es donde se ubica el programa Oportunidades y consecuentemente la población objeto de estudio, por lo cual en el siguiente punto se desarrolla lo concerniente al mismo. El turno contaba con el siguiente personal de forma permanente: tres médicos generales, tres enfermeras (dos generales y una con especialidad), una pasante de dentista, un administrativo y una persona encargada de la limpieza²¹.

1.2.3.- El programa Oportunidades.

El estudio se suscribe dentro del programa de ayuda social Oportunidades, por lo cual en esta parte se mencionan elementos de su operatividad a nivel estatal, al interior de la Jurisdicción No. 1 y en el centro de salud Dr. Pedro Escobedo.

Lo que acontece en el Estado de Querétaro es un reflejo de lo que sucede a nivel nacional, el discurso que se plantea a principios de los noventa (del SXX) para la entidad (como ya lo indicamos), pone acento en las necesidades de los "grupos más desprotegidos",²² poco tiempo después el Gobierno Federal pone en marcha el programa de ayuda social "Solidaridad". Posteriormente en el sexenio 1994-2000 cambia al nombre de "Progresá" y para el sexenio 2000-2006 se le nombra Oportunidades.

El programa Oportunidades forma parte de toda una estrategia nacional por parte del Gobierno Federal para promover acciones entre diferentes sectores que apoyen la educación, salud y alimentación de familias en situación de pobreza extrema, con los objetivos de su incorporación efectiva al desarrollo y alcanzar mejores niveles de bienestar.

La coordinación general y nacional la realiza la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), quien se encarga de formular, coordinar y evaluar el programa. Cuenta con un consejo integrado por titulares de la SEDESOL, la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), de la Contraloría y Desarrollo Administrativo, de la Secretaría de Educación Pública (SEP) y de la SSA.

²¹ Este dato es hasta julio de 2004, por otra parte, un médico y una enfermera eran los encargados de llevar a cabo el programa Oportunidades.

²² La asistencia social en general requiere planeación y en materia de planeación México es una nación joven, donde los planes de desarrollo o planes nacionales inician en los setentas. Por ejemplo; el primer plan nacional de salud fue en 1974.

Cada una de las anteriores dependencias tiene un comité técnico, el cual a nivel estatal realizan una coordinación para apoyar, evaluar, dar seguimiento y atender problemáticas que surjan en la operación del programa.

Los apoyos que se ofrecen son los siguientes: becas para niños y jóvenes de educación básica y media superior, atención primordial a la salud mediante sesiones educativas de salud, exenciones de pago en algunos servicios de salud y medicamentos²³ y apoyo económico, este último, con la finalidad de que sea dirigido a la educación, salud y alimentación (Prontuario operativo para personal de salud, 2002:7 y 8).

La forma de operar el programa en la parte de salud en el estado de Querétaro es con una coordinación general a nivel estatal y con una coordinación en cada una de las cuatro Jurisdicciones Sanitarias existentes en el estado.

El programa Oportunidades en la Jurisdicción no.1 tiene su centro de coordinación en la ciudad de Querétaro en las calles de Pino Suárez y Nicolás campá s/n y atiende a 22,516 familias. El personal con el que cuenta se expresa en el cuadro número 7.

CUADRO 7.
Relación de personal del programa Oportunidades en la Jurisdicción No. 1

<i>Personal</i>	<i>N</i>
Médicos Generales	16
Coordinador médico	1
Enf. Jefe de servicio	1
Auxiliar de enfermería	15
Nutricionista	1
Promotor de salud	1
Total	35

Fuente: Oportunidades, Jurisdicción sanitaria no.1 (Con fecha de noviembre de 2003)

²³ Por ejemplo: no se les cobra la consulta médica general y medicamentos que tienen que ver con los padecimientos más frecuentes en la sociedad como los de las vías respiratorias o de enfermedades gastrointestinales.

De acuerdo a los objetivos del programa Oportunidades (antes mencionados) el personal explicitado en el cuadro anterior es sólo el de contrato para este programa y resulta insuficiente para la atención de la cantidad de familias beneficiarias dentro de la Jurisdicción, por lo cual, como se pudo observar en el trabajo de campo, tiene que apoyarse el programa con recursos humanos ya existentes en los diferentes centros de salud de la Jurisdicción²⁴.

La distribución de las familias beneficiarias, así como su división en los diferentes municipios y centros de salud que conforman la jurisdicción No. 1 están registrados en el cuadro número 8.

CUADRO 8.
Distribución del programa Oportunidades en la Jurisdicción No. 1 de acuerdo a: sus municipios, centros de salud y familias beneficiarias

<i>Municipio</i>	<i>Núm. Centros de salud</i>	<i>%</i>	<i>Núm. de familias</i>	<i>%</i>
Corregidora	10	16.4	1,982	8.8
Huimilpan	10	16.4	3,574	15.9
El Marqués	13	21.3	5,458	24.3
Querétaro	28	45.9	11,502	51.0
Total	61	100	22,516	100

Fuente: Oportunidades, Jurisdicción sanitaria no.1 (Con fecha de octubre de 2003)

²⁴ Por ejemplo: el personal que es responsable del programa Oportunidades en el centro de salud Dr. Pedro Escobedo (un médico general y una enfermera), no se encuentra incluido dentro del personal que se indica en el cuadro número 7. Al médico (por su experiencia previa en el ámbito rural) se le adscribió a este centro de salud para hacerse responsable del mismo en esta unidad.

De los 28 centros de salud (que atienden a 11,502 familias) con los que cuenta el municipio de Querétaro, es en siete²⁵ de estos en los que se ubica el 39.6% del total de familias beneficiarias. Dichos centros se localizan principalmente en el área urbana de la ciudad de Querétaro (ver mapa 4).

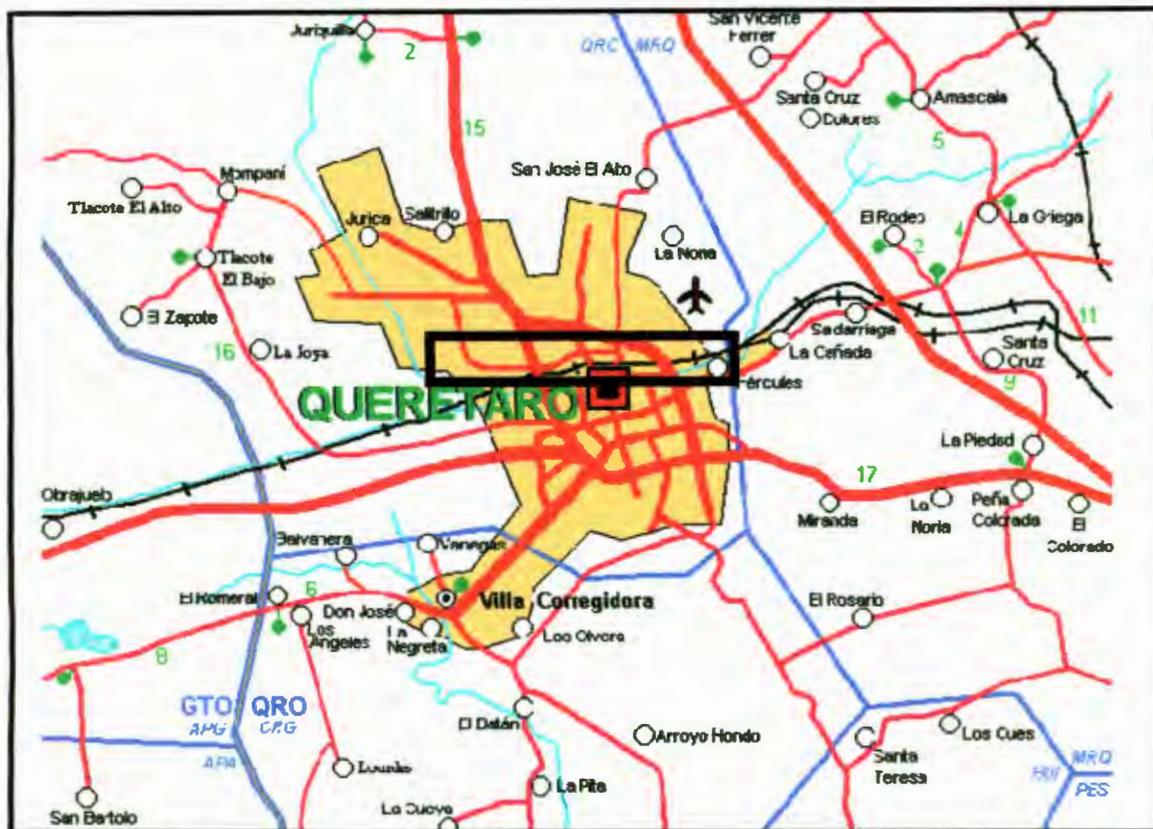
Las familias que asisten al centro de salud Dr. Pedro Escobedo dentro del programa Oportunidades (287 familias) representan el 1.2% a nivel Jurisdiccional y el 2.5% en lo que respecta a familias beneficiarias dentro del municipio de Querétaro.

El programa Oportunidades en el centro de salud Dr. Pedro Escobedo tiene operando desde julio de 2002. Las familias que lo integran representan proporcionalmente a las mujeres / amas de casa que realizan la práctica médica doméstica y por consecuencia son el universo por el que cobra sentido este estudio.

Las familias pertenecen a diferentes colonias de la ciudad como: Hércules, San Francisquito, La Trinidad, San Gregorio, La España, El Retablo. Las cuales se localizan en una zona de la ciudad casi adyacente a las vías del ferrocarril que cruzan la ciudad, tal como se indica en el rectángulo central del mapa 4.

²⁵ Los centros de salud son los siguientes: Satélite: 1,675 familias, Lomas de Casa Blanca: 830 familias, Lázaro Cárdenas: 507 familias, Menchaca: 529 familias, Menchaca II: 350 familias, San Pablo: 382 familias y Dr. Pedro Escobedo (perteneciente al centro de la ciudad de Querétaro): 287 familias.

MAPA 4
Ubicación de la zona de las familias pertenecientes al Oportunidades del centro de salud Dr. Pedro Escobedo



Fuente: <http://www.e-local.gob.mx>

1.3.- Una metodología *legalmente* costumbrista.

1.3.1.- La atención médica doméstica.

El propósito del estudio es analizar los factores que intervienen en la práctica médica doméstica desde la perspectiva de las mujeres (amas de casa) beneficiarias del programa Oportunidades del centro de salud Dr. Pedro Escobedo de la ciudad de Querétaro.

Ofreciéndole a la mujer un lugar dentro del proceso salud-enfermedad, como personas que brindan atención médica en un primer nivel de atención. Asimismo, la práctica médica doméstica tiene una expresión individual pero también está dentro de un proceso histórico-social, es un producto colectivo enmarcado en el contexto material, social y simbólico en el que viven inmersas las curadoras domésticas.

La atención médica que se ofrece en el hogar tiene poco reconocimiento social (a pesar de saber de su existencia)²⁶. Desde los estudios de las ciencias sociales es de donde inician los esfuerzos para conducirla a una mayor aceptación social y consecuentemente hacia las instituciones oficiales de salud. Algunos autores como Mario Bronfman, E. Menéndez, Carlos Zolla, entre otros, han mencionado de alguna u otra forma, la relevancia de la atención médica doméstica como un "primer nivel real de atención".

Tal área de estudio en la ciudad de Querétaro ha sido poco explorada, lo que motivó a realizar un estudio examinando los elementos de los cuales depende su práctica, sin llegar a ser un estudio detallado (de corte enfáticamente cualitativo) como el que realiza C. Zolla y V. Mellado (Zolla y Mellado, en Campos, 1992). Por lo anterior, este trabajo pretende iniciar un reconocimiento social de dicha práctica para posteriormente motivar estudios más amplios y/o más detallados del fenómeno, lo que hace que se privilegie un acercamiento cuantitativo del tema y buscando una representatividad de la población a estudiar²⁷.

²⁶ Probablemente debido a los estigmas sociales hacia la automedicación o al rol subalterno del trabajo femenino.

²⁷ No se ignorará el acercamiento cualitativo (dado que es la base de la formación antropológica), la forma de realizarlo se explica más adelante.

1.3.2.-Adherirse a la institución de salud.

Incorporar el trabajo de antropólogos al interior de una institución de salud respondió a que en la revisión bibliográfica sobre la antropología médica, se encontró que esta área de estudio en el curso de los años ha tenido una automarginación sobre el medio urbano y un rol subalterno respecto al sector salud (Menéndez, 1990:25), lo cual ocasiona un desconocimiento sobre lo que es y hace el antropólogo como profesionalista²⁸.

Por lo anterior se propuso involucrarse con la institución de salud (SESEQ) con el objetivo de promover y difundir el quehacer de la antropología. Para tal efecto se entabló una relación con los SESEQ²⁹, dándoles a conocer el proyecto de investigación.

El vínculo institucional se buscó desde la coordinación estatal del departamento de enseñanza y capacitación, la coordinación estatal del Oportunidades, la dirección de la Jurisdicción No.1, la Dirección del centro de salud Dr. Pedro Escobedo, hasta el médico responsable del programa en el centro de salud antes mencionado.

Tras la aprobación por parte de las autoridades correspondientes, se realizaron los trámites respectivos, a su vez se logró que se tomara en cuenta como servicio social ante los SESEQ y la UAQ (lo cual implicó que se estuviera un año en el centro de salud)³⁰ y que se diera apoyo económico como cualquier otro pasante de esta dependencia. Este reconocimiento sirvió para poder llevar a cabo el estudio planteado contando con un espacio específico para el estudio.

²⁸ Tal situación quedó explicitada dentro de nuestras primeras visitas a la coordinación de los SESEQ y al centro de salud Dr. Pedro Escobedo donde se percibieron expresiones de las personas que nos atendieron que fueron desde al asombro: "¿qué son ustedes?", hasta solamente asociar al antropólogo con el área rural o indigenista y tomar su desempeño como mero folklore.

²⁹ Debido a la relación que tiene el proyecto de investigación con la encomienda social de tal institución destinada al cuidado y la estimulación de la salud.

Asimismo involucrarse y ser parte integrante en la dinámica del centro de salud y del programa Oportunidades.

Esta forma de vincularnos al tema de la investigación fue útil, primero debido a que el personal médico, de enfermería y administrativo, que labora en el centro de salud estuvo dispuesto a apoyar la investigación³¹. Segundo, el que se nos presentara ante las informantes como parte integrante del programa Oportunidades (además de que se proporcionaron batas blancas para portarlas al interior del centro) influyó en una forma positiva (como un estatus de respeto) en la significación que las informantes se construyeron del equipo de trabajo.

1.3.3.- Área y selección de la muestra.

El estudio como se ha mencionado se centró en la población femenina (las mujeres / amas de casa) de la zona centro de la ciudad de Querétaro atendidas en el centro de salud urbano Dr. Pedro Escobedo beneficiarias del programa social Oportunidades. Las colonias que integran la zona a estudiar (indicada gráficamente al final del punto 1.2.3) están determinadas bajo parámetros del programa Oportunidades, y como ya se mencionó, entre éstas se encuentran: Hércules, San Francisquito, Santa Catarina, La Trinidad, San Gregorio, La España, Lindavista, El Retablo. También define la condición socioeconómica de estas mujeres y de sus familias como gente de escasos recursos económicos, lo cual para efectos de este estudio se relevó que este sector poblacional recurre con frecuencia al uso de la práctica médica doméstica.

³⁰ Esta idea de que se tomará la investigación como servicio social ha beneficiado en los resultados del estudio, pues nuestra labor de servicio social ha sido casi exclusivamente enfocada a nuestro proyecto; además de estar en un trato constante con las informantes.

³¹ El programa "Oportunidades" se ubica en el turno especial (sábados, domingos y días festivos) de este centro de salud y es atendido por un médico y una enfermera. Asimismo, este turno cuenta con otros dos médicos, un pasante de dental, dos enfermeras, un pasante de servicio social, un administrativo, una persona de intendencia y un policía.

El número de amas de casa (el universo del estudio) asistente al programa fluctúa entre **300 y 350**³². Es difícil que exista un número exacto de familias, esta variación se debe a que por razones familiares, económicas y demás, algunas amas de casa deciden no seguir asistiendo, otras por cambio de domicilio o entidad se integran por vez primera y otras se vuelven a reintegrar después de dejar de asistir por más de 4 meses.

1.3.4.- Obtención de la información.

Participaron tres investigadores (pasantes de antropología), la admisión del proyecto implicó lectura y búsqueda de bibliografía en bibliotecas de diferentes Facultades de la UAQ, INEGI e Internet. La bibliografía se dividió en: especializada sobre el tema (como los relacionados con la autoatención, medicina doméstica, proceso salud-enfermedad-atención) y general (de antropología médica, sociedad y familia). A lo anterior habría que sumarle las discusiones en grupo de los documentos.

Analizar los factores que intervienen en la práctica médica doméstica integrándose a una institución de salud del medio urbano, implicó considerar técnicas de investigación de diversa índole.

Por ser el primer acercamiento que se tiene con la institución y con la población objeto de estudio, se consideró aplicar fundamentalmente técnica cuantitativa de investigación (encuesta). A lo antes expuesto se le añadieron las siguientes razones: la institución tiene un mayor conocimiento y aceptación hacia dicho método³³, porque la población objeto de estudio no desconoce la técnica, así como el propio propósito de la investigación (mencionado en el punto 1.3.1).

³² Para octubre de 2003 se contabilizaban 287.

³³ Esto quiere decir que las autoridades de los SESEQ están relacionados con la aplicación de encuestas y por lo tanto el presente trabajo no involucró mayores obstáculos.

Lo anterior no implicó hacer a un lado el componente cualitativo (la experiencia y subjetividad) de investigación, de las distintas modalidades para el registro de la información cualitativa, (cintas grabadas, entrevistas) se eligió el método de tomar notas al estar encuestando (Natera y Mora, en Mercado y Torres, 2000:80³⁴), por lo cual no se limitó las respuestas al estar encuestando, por el contrario se dejaba hablar a la encuestada de lo que deseara, tomando en cuenta las unidades de análisis del proyecto (más adelante se mencionan). La duración podía ser desde 20 minutos cuando la encuestada solamente se limitaba a contestar las preguntas hasta una hora cuando decidía ahondar en algún punto.

De esta forma el investigador que encuestaba registró todas sus observaciones durante el transcurso de la encuesta y después elaboró un reporte que contenía un informe detallado de la ampliación según la unidad de análisis correspondiente de la encuesta³⁵. Por eso al hacer comentarios sobre la experiencia del hecho relacionado con los factores que intervienen en la atención médica doméstica se hace referencia al nombre de la persona y al folio del Oportunidades. Para efectos de respetar el testimonio de las informantes (porque así se les hizo saber) en el texto están cambiados y en el caso de la edad es aproximada.

Se decide emplear la aproximación cuantitativa y cualitativa, ya que ambas perspectivas no son ni antagónicas ni una excluye a la otra, sino, por el contrario, ambas nos muestran dimensiones diferentes de la realidad (Castro, en Szasz Y Lerner, 2002:83).

³⁴ Aclaración: Natera y Mora eligen el método de tomar notas al estar entrevistando, en este trabajo se hizo al estar encuestando.

³⁵ Al ser considerados los participantes de la investigación como recursos humanos del centro de salud, ocasionó que durante el tiempo de servicio social los métodos como la observación directa y la observación participante apoyadas en un diario de campo se llevaran a cabo en lo concerniente a la dinámica del centro de salud y la aplicación del programa Oportunidades en la unidad. Lo cual motivó a hacer presente en el trabajo el tema del distanciamiento entre usuarios y prestadores del servicio de salud.

Tras la revisión individual y grupal de documentos se elaboró un guión de investigación (anexo 1, pág. 162) para considerar que la encuesta final debía tener las siguientes unidades de análisis con el fin de analizar los factores que intervienen en la atención médica doméstica:

1. Datos generales.
2. Datos socioeconómicos.
3. Datos de conocimientos y prácticas sobre la enfermedad.
4. Datos sobre redes sociales de autoayuda.

Del universo de estudio (entre 300 y 350 amas de casa) se aplicaron 234³⁶ encuestas de corte transversal, es decir, los datos son recabados en un punto en el tiempo y pueden ser utilizados con propósitos de descripción y para determinar las relaciones entre variables en el momento del estudio (Babbie, 1988:87-88).

El rango de edad de las amas de casa encuestadas fluctuó de 16 a 80 años, se consideró conveniente tomar esta variación de edad por el análisis comparativo que se pudiera obtener acorde al tema de estudio.

Previo a la aplicación formal de encuestas se realizaron las encuestas piloto en julio de 2003 para detectar y solucionar lo mayormente posible aquellos problemas de entendimiento y metodológicos de este instrumento, teniendo en cuenta que el investigador nunca puede hacer mediciones precisas, sino tan sólo útiles, es decir, es posible realizar una investigación (social) rigurosa, aunque es más difícil de lo que se podría imaginar debido a que el mundo empírico dista mucho de ser claro y transparente, además los conceptos teóricos rara vez o nunca permiten definiciones inconfundibles.

³⁶ Según el doctor Murari Suvedi de la Universidad Estatal de Michigan para tener una muestra numéricamente representativa a 350 encuestas, corresponde 190 encuestas. Se consideraron 234 encuestas para darle mayor valor a la representatividad del trabajo de investigación.

Por lo anterior la investigación científica en la práctica es un acuerdo entre lo ideal y lo posible, ya que es común que vaya guiada de la emoción y del error (Babbie, 1988:19,169 y 277)³⁷.

Una vez afinada la encuesta (anexo 2, a partir de la pág. 163), se procedió a la aplicación de la misma a partir del mes de septiembre de 2003 a diciembre del mismo año instaurándose regularmente cada fin de semana, ya que los días sábados es cuando tienen su cita grupal mensual las beneficiadas del programa Oportunidades para pláticas educativas sobre cómo fomentar y mantener una cultura adecuada de salud/enfermedad según la Secretaría de Salud, para dicho fin están divididas en tres diferentes horarios (8hrs, 10hrs y 12hrs) y con un promedio de 30 amas de casa por grupo aproximadamente.

Estos puntos son mencionados porque se adecuó la aplicación de las encuestas a sus horarios, es decir, se aprovechaba el día de su plática y su asistencia a cita médica para realizar la encuesta e incluso por el espacio que el centro de salud brindó ("la pecera"³⁸) se tuvo la oportunidad de citar a informantes entre semana.

1.3.5.- Codificación y análisis de la información.

Para facilitar el análisis de los datos de la encuesta decidimos utilizar el programa estadístico para Ciencias Sociales desarrollado por la Universidad de Chicago: SPSS en su versión 11, para lo cual, se cursó una materia dentro del ciclo escolar julio-diciembre 2003, en nuestra licenciatura, para instruirse en el manejo de este programa de cómputo, pues éste fungiría como una herramienta para almacenar, procesar, sistematizar y cuantificar la información procedente de las encuestas.

³⁷ El comentario de este autor no es tomado como un pretexto, sino como una enseñanza que se descubrió con la práctica.

³⁸ Es un módulo que está sobre uno de los pasillos centrales del centro de salud y lo nombran así por estar rodeado de cristales.

El procedimiento inicial para el manejo del paquete estadístico consiste en crear una matriz de datos, la cual se logra en ir vaciando la información de la encuesta una por una en dicho paquete. El vaciado de las encuestas se realizó de enero a marzo de 2004, el cual gracias al apoyo directivo del centro de salud nos fue proporcionado un equipo de cómputo para que dicha actividad se hiciera dentro de la propia institución.

Una vez insertadas el total de encuestas se procedió a realizar la comprensión de los resultados, los cuales se basaron primordialmente en una estadística descriptiva para cada variable, fundamentada en el análisis de las frecuencias relativas (porcentajes) y en función de las unidades de análisis que se mencionan en la encuesta. Además los resultados se irán presentando en tablas de distribución conforme se vaya desarrollando la explicación de los mismos.

En la comprensión no solamente se incluirán resultados provenientes de las encuestas, también se reforzarán los mismos con las anotaciones de las observaciones que hacían las amas de casa en el momento de la encuesta.

CAPÍTULO 2. COMENCEMOS A DIALOGAR (marco teórico)

2.1.- El proceso salud-enfermedad-atención y sus implicaciones.

Para introducirnos al tema de la "medicina doméstica" y considerarlo importante, en primer lugar cabe mencionar que el término "medicina" está ligado a la concepción de salud y enfermedad, y la expresión, "doméstica" al de familia.

En esta parte inicial trataremos de hacer una reflexión histórica porque ello permite ver cómo la definición e interpretación de la salud (por ende la enfermedad) y la familia, han sufrido cambios a lo largo de la historia dependiendo del valor social y cultural que se les ha dado en cada momento (Gómez y Rabaneque, 2001:2).

Para referirse a la "salud", primero se necesita tomar en cuenta a su contraparte **la enfermedad** que se considera como uno de los fenómenos socioculturales más antiguos de la humanidad, tanto que se tiende a analizar como una expresión de vida porque todos los grupos humanos han desarrollado algún sistema para luchar contra ella (De Miguel y Kenny, 1990:11-12); así como también, "...puede interpretarse y ha sido interpretada en el curso de la historia de muy distintas maneras" (Sigerist, 1987:156). Además, la perspectiva social de la "enfermedad" como un fenómeno que flagela al ser humano siempre ha existido (Mora y Hersch, 1990:9). Por lo tanto, hay que considerar al fenómeno de la "salud" en todas las sociedades como uno de los grandes valores individuales y colectivos.

Es importante definir "salud" porque es un valor básico de las personas y del grupo humano (llámese comunidad parental, familia, etc.), ya que constituye una necesidad fundamental para su desarrollo (Gómez y Rabaneque, 2001:4). Esto va más allá de cualquier época y/o contexto histórico, aunque para muy pocas personas o grupos humanos la salud ha representado un objetivo en la vida, es decir, por lo general primero se ha buscado satisfacer "otra necesidad" y como corolario la salud.

2.1.1.- El devenir histórico de la concepción de salud.

Antes de plantear un proceso histórico se necesita tener en cuenta tres cosas: primero, que la idea de salud varía en las diferentes sociedades y culturas, de ello ha dado cuenta en buena medida la antropología;

segundo, que las sociedades no llevan una continuidad evolutiva unilineal³⁹; tercero, algunas concepciones y prácticas de salud (que pueden remontarse a unos 20,000 años, como pueden ser las mágico-religiosas) tienden a prevalecer e incluso pueden sorprender por su pertinencia y actualidad (Mora y Hersch, 1990:10).

No obstante lo anterior, es ineludible pasar por alto que el mundo fue uno y otro después de los **hallazgos microbianos** iniciados por Antonio Van Leuwenhoek en el Siglo XVII, éstos fueron tan contundentes que causaron un gran entusiasmo e hicieron que la medicina se volcara sobre la microbiología, al grado que se llegó a pensar en un momento dado en la casi erradicación de las patologías humanas (Mora y Hersch, 1990:21).

Esto afectó toda la dinámica social incluyendo por supuesto a la familia. De esta forma es como se distinguen con claridad tres épocas en el devenir del pensamiento sobre la "salud": una antes del descubrimiento del microscopio (antes del Siglo XVII), otra de consolidación de la microbiología (Siglos XVII, XVIII y XIX) y, una tercera, en el Siglo XX de grandes avances científicos en la medicina⁴⁰, pero también donde enfrenta obstáculos y contradicciones la impartición de la salud (tanto en el terreno biológico como en el social).

En la literatura médica social autores como Sigerist (1987), Hersch (1990), Babini (2000), Gómez y Rabaneque (2001), Baena y Montero (s/f), entre otros, coinciden en dividir hasta antes del siglo XVII la noción de salud en tres etapas: la "primitiva", donde hay una concepción eminentemente de índole religiosa y sobrenatural; la segunda, donde se

³⁹ No se niega que muchos teóricos sociales defendieron esta postura, pero ahora los eventos sociales nos invitan a plantear reflexiones diferentes.

⁴⁰ Como los trasplantes de órganos, la invención de la penicilina, los rayos X, se comprueban que los grupos sanguíneos se heredan según las leyes mendelianas, aparece el microscopio electrónico, se introduce la tomografía en la técnica radiológica, se descubre el grupo sanguíneo Rh, se demuestra que el DNA es el material hereditario primario, etc.

ubicaría a los griegos y a la Roma Clásica, donde con Hipócrates el conocimiento de la enfermedad va encontrando un sentido más objetivo, en este periodo se sostiene la "*doctrina de los signos*, según la cual a cada enfermedad corresponde una planta que la cura, inversamente cada planta posee un signo o una virtud medicinal determinada" (Babini, 2000:40).

Una tercera etapa tendría su eje central en el "feudalismo" que sería una etapa de grandes claroscuros, por ejemplo es una época donde se dan grandes epidemias y por lo tanto se inician las primeras medidas sanitarias públicas. Por otra parte hay saberes curativos que logran sobrevivir pese al "oscurantismo" de este tiempo. En esta época la concepción de "...la enfermedad seguía siendo vista como la medicina hipocrática y galénica, aunque menos interesada por las causas y más bien recargada hacia la búsqueda de las esencias. El equilibrio-desequilibrio, exceso o deficiencia, buena o anómala mezcla de los humores, explicaban la antítesis entre salud-enfermedad. La causa superior descansaba en Dios y en el concepto religioso del pecado" (Hernández, 2000:102).

Posterior a la periodización anterior, aparece la microbiología, que como ya mencionamos, entusiasma a la colectividad europea, lo cual implica ir ganando un lugar importante dentro de la sociedad. Además va acompañada de acontecimientos sociales significativos que de alguna forma inciden en su desarrollo, tales como: el Renacimiento que va incorporando respuestas alejadas de lo teológico, la Revolución Industrial que va modificando los modos de producción así como la forma de vivir de la sociedad, y la Revolución Francesa que consolida una forma diferente de gobernar.

Los efectos de estos hechos no se hacen esperar, por lo que se consolida la carrera médica biologicista y se le exige al Estado la responsabilidad en la *salud* de la población (Mora y Hersch, 1990:19). Esta exigencia se reafirma en el siglo XIX ante la epidemia de tifo en la Alta Silesia que empieza un movimiento de sectores médicos alemanes que defienden la postura de que la *salud* es asunto de interés social y depende en mucho de las condiciones socioeconómicas. En ese momento pensadores como Engels (en De Miguel y Kenny, 1990:17), Chadwick, Snow (en Gómez y Rabaneque, 2001:5), Reich, Frank Virchow y J. Frank (en Mora y Hersch, 1990:16-17) empiezan a destacar la importancia de otros factores que no son solamente biológicos (pobreza, condiciones de trabajo, hábitat, etc.) como causas de pérdida de la salud, con lo cual se destaca la importancia de lo social dentro del esquema de salud.

La aspiración social de la salud se ve un tanto obstaculizada cuando a finales del Siglo XIX los exponentes de la microbiología favorecen ampliamente al modelo biologicista y la enfermedad se convierte en el principal objeto de interés médico. En este sentido, entre las repercusiones más importantes se destaca, que ya no se ve al paciente como persona sino como objeto, esto conllevaría a un alejamiento por parte de los usuarios hacia la prestación del servicio médico oficialista. Simon Flexner a principios del Siglo XX es quien da la pauta al regularizar la instrucción médica en escuelas de medicina de Estados Unidos dentro de un patrón microbiano curativo, pasando a una posición secundaria la perspectiva social (Mora y Hersch, 1990:22).

A grandes rasgos podemos decir que el siglo XIX y principios del XX representaron para la humanidad dos aspectos: uno, los países "desarrollados" incorporaron a su estructura de Estado la medicina científica y le da el poder para que incida en la sociedad; por otra parte, la

biologización de la salud, bajo el modelo biomédico, instruyó a *la familia*⁴¹ en una serie de reglas de conducta que definían una vida sana y conformaban lo que Foucault ha llamado “una moral del cuerpo” (Frenk, 1988:249).

Durante este periodo hay cierta coincidencia en la comunidad médica científica de que la salud se conciba como la “ausencia de enfermedad”, por lo tanto, el modelo médico que se aplicaba para la atención del paciente era el “biomédico” (Frenk, 1988:249 y Rodríguez y Abecia, 2001:17; ver anexo 3 en la página 169) y poco después el “ecológico” (Rodríguez y Abecia, 2001:14; ver anexo 4 en la página 170); es decir, se fueron dando cuenta que brindar atención médica a la población era algo más *complejo*, motivo por el cual a principios del Siglo XX se comienzan a crear las primeras escuelas de Salud Pública (De Miguel y Kenny, 1990:17).

En la primera mitad del siglo XX, la primera y segunda guerra mundial y otros hechos, hicieron que el tono optimista disminuyera. Al término de la segunda guerra mundial la *salud* se vuelve un fenómeno aún más *supranacional*, con la creación de la OMS (Organización Mundial de la Salud) en el año de 1948. Este organismo tiene la obligación de tomar una postura con respecto a la concepción de salud, puesto que inicia como un promotor importante de la misma, por lo tanto la definirá como: “el estado completo de bienestar físico, mental y social” (Salleras, 1988:32).

Por la supranacionalización de la salud y/o por las propias circunstancias de la época, ya con instituciones de salud plenamente formadas, se cae en la realidad de que los sistemas de atención médica

⁴¹ Por ello también se habla, cuando se trata de contextualizar a la familia, de diferentes etapas: una familia preindustrial (antes del Siglo XVIII), una familia industrial (donde le afecta de manera considerable en su interior el proceso de industrialización y la forma de concebir la enfermedad con la biologización de la salud) y una familia posindustrial (la que se da a partir del siglo XX) (Infante, 1988:180-182).

integran en forma compleja un conjunto de elementos variados, entre los que se encuentran: los políticos, económicos, tecnológicos, administrativos y socioculturales. "Por ello algunos autores han definido a los sistemas médicos como un sistema de valores que interactúan con otros elementos para prevenir, curar o controlar la enfermedad" (Cordera, 1986:230). Este hecho incide de tal forma que ahora ya no se va a hablar de salud como definición aislada o estática, sino del proceso salud-enfermedad.⁴²

Unido de cierta forma a lo anterior se manifiesta la preocupación de las instituciones u organismos (como la OMS) encargados de promover la salud, por lo cual crean *modelos de atención a la salud* con el objetivo de *facilitar el estudio tanto de las realidades complejas*, como del proceso salud-enfermedad y sus determinantes, a la vez tiene la finalidad de orientar la formulación de políticas de salud por su carácter de diagnóstico, explicativo y predictivo (Cordera, 1986:231) y (Rodríguez y Abecia, 2001:14). Ya mencionamos que a finales del S. XIX comenzaron a aplicarse algunos modelos de atención básicamente biologicistas que provenían en buena parte del siglo posterior.

En la segunda mitad del S. XX de acuerdo al contexto histórico van reflexionándose y teniendo cierto grado de aplicabilidad ciertos modelos de atención que van ampliando el contexto del proceso salud-enfermedad-atención. Ello se confirma cuando se analiza el esquema de ciertos tipos, tales como: el modelo epidemiológico para el análisis de las políticas de

⁴² Si la concepción de salud ya no se asume como una definición aislada sino como un proceso, entonces ¿qué pasa con los padecimientos que escapan de la esfera biológica? (Mora y Hersch, 1990:23). Por eso se acepta en la definición de la OMS la esfera mental y social. Milton Terris plantea que la salud y la enfermedad son dinámicas con diferentes niveles, forman un continuo y su separación nunca es absoluta. Por lo anterior se establece que el ser humano es un ser dinámico en cualquier dimensión que lo analicemos, sea biológica, psicológica o social. Además, el hombre vive en sociedades concretas y con una cultura que determinará en buena medida su estado de salud-enfermedad y más aún su forma de comprenderlo. Algunas obras que retoman de alguna forma este sentido son las siguientes: (COPLAMAR, 1989:19), (Gómez y Rabaneque, 2001:7-8), (Salleras, 1988:33-34) y (Mora y Hersch, 1990:37).

salud⁴³ (ver anexo 5 en la página 171), el biopsicosocial (ver anexo 6 en la página 172), o el llamado modelo para evaluar el estado de salud de la población propuesto por Bárbara Starfield (anexo 7 en la página 173).

Estos modelos, aunque no es nuestro tema profundizar en ellos, nos dejan ver la gran cantidad de factores o determinantes que giran entorno del proceso salud-enfermedad (como la vejez, la rehabilitación, el ejercicio, el medio ambiente, la dieta, el estilo de vida, la cultura y la sociedad), eso provoca que entren otras disciplinas (aparte de la médica científica), a interesarse por el estudio de la salud, tal es el caso de disciplinas como administración, sociología, economía, contabilidad, antropología.

2.2.- Una relación a distancia.

En el apartado anterior la intención fue demostrar cómo el proceso salud-enfermedad-atención es un fenómeno complejo de atender y pueden entrar al estudio diferentes ciencias y variados modelos epistémicos, como es el caso de la antropología en relación al estudio de la salud.

Desde lo social, la antropología ha planteado modelos para analizar el proceso salud-enfermedad-atención y así poder contribuir a la explicación y solución de ciertas problemáticas del fenómeno. Sobre ello se profundizará con toda intención en el siguiente apartado, mencionando una perspectiva del nuevo orden mundial intentando exponer la mirada social de varios autores y la propia (de antropólogos); también se intentará plantear el problema principal de la investigación y otras problemáticas adjuntas.

⁴³ También llamado "Modelo Lalonde". Ese modelo se vino trabajando desde inicios de los 70s sobre la base de que la salud es algo más que la ausencia de enfermedad e implicó que participaran estudiosos del área de la salud tales como Laframboise, Blum y Dever (Rodríguez y Abecia, 2001:15-16).

Hoy en día se vive en un mundo en el cual interactúan y se conectan diversas verdades y realidades entre las sociedades existentes⁴⁴, lo cual hace del mundo un espacio con una diversidad de procesos que sin duda se encuentran en constante impacto sobre las pautas culturales de los seres humanos. De tal manera hay que hablar del escenario que comparte la salud de nuestro tiempo, el cual está empapado por el proceso "vanguardista" de finales del siglo XX y principios del XXI: "La globalización"⁴⁵.

Pero la globalización es un término que se puede distinguir desde múltiples versiones, puede ser visto como un proceso más del esquema mundial que sólo hay que entender y dejar pasar, o como un fenómeno caótico con la intención de homogeneizar que tiene la característica de cambiar fenómenos dinámicos en cosas estáticas.

También es visto el fenómeno de la globalización⁴⁶ como uno de los hijos más recientes y posiblemente hasta predilectos de ese plan llamado capitalismo, lo cual indica la internacionalización de varios rubros e instituciones relacionados con lo social, entre ellos la medicina; que está permeada por las políticas neoliberales de libre empresa, con el fin de que unos cuantos inserten sus productos a mercados gigantes.

Si bien la globalización es un fenómeno que no incluye a todos, si afecta a la mayoría de grupos sociales, impactando con su inmediatez en los cambios culturales, y las políticas neoliberales con su privatización desmesurada, están generando problemáticas bastante complejas que deben ser comprendidas y solucionadas.

⁴⁴ Como diría Wolf: "El mundo de la humanidad constituye un total de procesos múltiples interconectados y que los esfuerzos por descomponer en sus partes a esta totalidad, que luego no pueden rearmarla, falsean la realidad" (Wolf, 1994:15).

⁴⁵ Dicho término es concebido por algo que abarca una totalidad, referenciado con lo global o mundial.

En este contexto se está viendo afectado el ámbito de la salud-enfermedad-atención, que sin duda es parte del reflejo cultural e histórico del ser humano. Las problemáticas que se generan en dicho ámbito son múltiples, cambiantes y se relacionan entre sí; como ejemplo se puede mencionar cuando la salud es vista como mercancía o como un mundo empresarial en donde siempre se le va a dar una mejor atención a quien tenga más dinero, o el ver al ser humano como un cuerpo o expediente y no como un paciente, o sea, como un todo integrado por lo físico, mental y social.

Lo anterior es sólo por mencionar algunos problemas que matizan el panorama actual. Uno de los aspectos fundamentales de este trabajo y sobre el cual es importante dialogar, es acerca de los *distanciamientos* que se dan entre los mismos modelos de atención a la salud y más puntualmente sobre el *distanciamiento* que existe entre los prestadores del servicio de la medicina alópata y sus usuarios comprometidos.

2.2.1. El distanciamiento entre los modelos de explicación y atención a la salud.

La Antropología Médica⁴⁷, subdisciplina de la Antropología Social, ha sido constante y extensa en el estudio de varias temáticas en México, aparte de las investigaciones hechas sobre la medicina "tradicional", es notable su incursión por el estudio de los *modelos médicos* que son perceptibles en la actual realidad nacional. Hay quienes en este campo han canalizado su esfuerzo para explicar dichos modelos, así tenemos a investigadores

⁴⁶ "El término globalización indica el proceso de internacionalización de la economía, la tecnología, las finanzas, las comunicaciones o la producción cultural; expresa, en definitiva y de forma clarividente, la escala mundial de muchos fenómenos" (Comas, 1998:7).

⁴⁷ "...se define a la misma como una materia preocupada por aplicar conceptos y prácticas a la interpretación y al proceso de cambio de ideas, patrones de acción y valores que norman el ejercicio de la medicina" (Campos, 1992:12). Además, algunos investigadores como Aguirre Beltrán y Eduardo Menéndez, toman a la Antropología Médica como subdisciplina de la Antropología Social.

sociales como: Eduardo Menéndez, Carlos Zolla, Virginia Mellado, entre otros. Estos autores han sido bastante claros en sus planteamientos acerca de las características, diferencias y relaciones entre los modelos de atención a la salud, vistos desde esta área de estudio.

No cabe duda que cada autor le da su especial estilo y explicación a los marcos conceptuales. Eduardo Menéndez (en Campos, 1992) propone su triada modélica de: el Modelo Médico Hegemónico (MMH) que es la medicina académica u occidental, el Modelo Alternativo Subordinado (MAS) que son todas las alternativas coexistentes subordinadas y el Modelo de Autoatención (MA) como un primer nivel de atención.

La base de esta investigación se centra en el ámbito de la atención médica doméstica, es por eso que para el estudio, la clasificación que consideramos pertinente utilizar, es la de Carlos Zolla y Virginia Mellado que, apoyados en la propuesta de Eduardo Menéndez, conforman un esquema dividido en tres⁴⁸:

- La Medicina Académica: es aquella basada en el modelo alopático (cientificismo, biologismo, hegemónico, oficial, etc.) o sea, el sistema de salud institucionalizado que trata de imponerse sobre las demás prácticas.
- La Medicina Tradicional: práctica creada por alguna cultura que ha perdurado gracias a la tradición oral y que tiene oferta y demanda pública de servicio.
- La Medicina Doméstica: práctica médica aplicada en el hogar como primer nivel de atención. Este tópico es desarrollado a profundidad más adelante en el punto 2.4.

Dichos modelos han surgido por parte de los grupos sociales para intentar darle una respuesta a uno de los fenómenos socioculturales más antiguos de la humanidad⁴⁹: *la enfermedad*; además engloban el

⁴⁸ Tal clasificación y explicación se hace en el artículo de C. Zolla y V. Mellado: "La función de la medicina doméstica en el medio rural mexicano" (en Campos, 1992:71).

⁴⁹ De Miguel y Kenny, 1980:11-12, y Babini, 2000:19-25.

reconocimiento, la clasificación y explicación teórica de los diferentes saberes, prácticas y actos médicos (Palacios, 1983:4-26) que son alojados en una diversidad de medicinas pertenecientes a los modelos médicos como: la medicina científica, la medicina occidental, la denominada "tradicional", la herbolaria, la homeopática, la natural o naturista, la acupuntura, la brujería⁵⁰, etcétera, sin dejar pasar el conocimiento metafísico o psicológico para contrarrestar la enfermedad.

Entonces la relevancia sociocultural que tiene cada uno de los modelos y sus medicinas es que cada uno de ellos genera, asimila y reproduce *ideas, costumbres y creencias* alrededor del proceso salud-enfermedad-atención.

Entre los modelos médicos y principalmente entre sus prácticas médicas existe un problema real de distanciamiento, lo cual no es provocado necesariamente por la diferencia cualitativa, sino por la ideología que han adoptado cada uno de sus practicantes al considerar a los otros modelos como fenómenos aislados u obsoletos. Por lo tanto el problema evidente significa exclusión por parte de una hegemonía y subordinación y sumisión por parte de una diversidad. Gramsci describe cómo se da esta interrelación: "...es una lucha en la cual se presenta el dominio o la hegemonía de una cultura sobre otras, situación que se manifiesta entre las diversas formas de concebir el mundo, la vida y la muerte, como es el caso de la salud-enfermedad-atención" (Mora y Hersch, 1990:108).

Dicha situación discriminatoria se sigue presentando en la pluriculturalidad mexicana gracias a la aceptación posicional de la bipolaridad, o sea, que la parte hegemónica se siga sintiendo superior y

⁵⁰ De las medicinas se han hecho incontables descripciones y explicaciones. Ver por ejemplo: los textos de "Atención Primaria de la Salud" de: Kroeger y Luna, 1992:22. O "Introducción a la Medicina Social y Salud Pública" de: Mora y Hersch, 1990:107-133.

“poseedora” de la única verdad; y que la parte subordinada se siga sintiendo inferior conforme con su posición. Lo anterior conduce a pensar que no es tan fácil creer y procesar dicha suposición, pero de ninguna manera se puede esconder el problema de distanciamiento, que incluso ya es obvio y parte de la cultura de algunos grupos sociales.

Hay que considerar a los modelos y sus medicinas como procesos dinámicos e interactuantes, es por eso que vemos en ellos un ejemplo claro de cómo pueden convivir en armonía, esto se da precisamente en el tema que nos atañe como investigadores: la atención médica doméstica, donde parece que a las familias no les importa la competencia mercantil o la superioridad de una medicina sobre otra, presuponiendo la verdad totalitaria de una medicina⁵¹; lo que importa en realidad, consciente o inconscientemente, es la prevención o curación de la enfermedad independientemente de la combinación medicinal que se ocupe.

2.2.2. El distanciamiento entre el modelo médico “oficial” y sus usuarios.

Durante el largo proceso histórico de la medicina oficial pareciera que siempre ha estado latente el esfuerzo constante por parte de dicho modelo en darle una explicación totalitaria a todo lo relacionado con el proceso salud-enfermedad-atención⁵², o sea el intento de un determinado grupo por “apañar” el conocimiento médico milenario de los pueblos del mundo, limitando las otras percepciones pertenecientes al universo infinito de la medicina.

⁵¹ “...No podemos hablar de una práctica médica primitiva y de otra moderna, sino simplemente de medicinas que llegan a ser tantas cuanto alcanzan a ser el número de culturas identificables...” (Aguirre, 1986:40) “...No me gustan los poseedores de la verdad, quienes quiera que sean, me aburren y me dan miedo. Yo soy antifanático (fanáticamente)...” (Luis Buñuel, en la obra de Mora y Hersch, 1990:107).

⁵² Dicha afirmación sobre una postura unilineal de la medicina se puede apreciar durante el desarrollo del libro de “Historia de la Medicina”, de José Babini (2000).

¿Por qué la cirugía y la anatomía, que surgieron desde el siglo XIII por la influencia del mundo árabe, son tomadas necesariamente como parte de un pensamiento científicista hoy en día; y por qué esos conocimientos de la cirugía y la anatomía no pueden ser y no han sido tomados como parte de otras concepciones, como el de la medicina tradicional o el de las alternativas?, y ¿por qué medicinas como la tradicional o los conocimientos orientales de la medicina son concebidos con una carga cultural e histórica, como anticientíficos, no verdaderos o incluso como bárbaros?

Para responder a estas preguntas, queremos decir que aquello a lo que llamamos ciencia basa su argumentación en el empirismo y la comprobación, pero no hay que olvidar que toda ciencia necesita de un consenso que determina la legitimidad de una verdad momentánea en cualquier realidad, situación que se ha demostrado a través del recorrido histórico de las sociedades (Kuhn, 1971). Así, uno de los consensos más impactantes ha sido el de la llamada ciencia "positivista", pensamiento que permea un número importante de sociedades hoy en día y que se han encargado de difundir aquellos llamados "occidentales".

A partir del siglo XVIII, lo que hoy en día hemos llamado la herencia ilustrada tenía preparado el terreno para impulsar a la ya mencionada ciencia empírico-positivista, que se sustentaba o ya se podía sustentar en bases sólidas, esto quiere decir que personajes como los médicos que tienen y han tenido la tarea de proteger y establecer la salud de los hombres, ya podían contar con teorías para poderlas llevar a la práctica y hacer más eficaz el tratamiento de los enfermos.

Así, los ilustrados y positivistas de la medicina, que se creen dueños de la verdad, se han empeñado en discriminar y deslegitimar el conocimiento doméstico de la medicina y también de las otras medicinas pero, ¿cómo se les ocurre?, si el dato histórico puede demostrar que hasta

hace sólo 200 años crecen los fundamentos de la medicina que conocemos hoy como alópata⁵³. Para ejemplificar lo anterior, vale la pena mencionar un dato duro⁵⁴, esto es, acerca de la cantidad de años que tiene el *homo sapiens sapiens* como especie⁵⁵; lo cual hace pensar ¿cómo es que sobrevivieron tantos siglos y generaciones tras generaciones sin la ayuda de la medicina científica?

A pesar de lo anterior, que no quede duda de que la perspectiva científico-positivista dominante de la medicina ha traído grandes adelantos para la humanidad, con resultados de igual forma agigantados para contrarrestar las enfermedades; sobre todo en el siglo XX apoyándose en la anatomía, la fisiología, y la medicina clínica, así como su sistema terapéutico, entre otros.⁵⁶ Entre tantos logros positivos se puede mencionar la erradicación de epidemias y por consecuencia el aumento en la esperanza de vida en los seres humanos del presente siglo XXI.

Entre los múltiples aciertos, también hay múltiples desaciertos en el ámbito de la salud pública en México; los cuales se convierten en problemas, entre los que se pueden mencionar la inexistencia de una cultura preventiva intencional, la mala calidad en los servicios de salud, el aumento de la desconfianza a los prestadores del servicio, las negligencias médicas, etc.

⁵³ “Si en general puede decirse que en el desarrollo histórico de la ciencia en el siglo XVIII fue un siglo de transición, la afirmación es más valedera en el caso de las ciencias biológicas (puras o aplicadas) y por ende para la medicina. La razón, o por lo menos una de ellas, es que hasta el siglo pasado la biología (el nombre también es de ese siglo) a diferencia de las ciencias exactas careció de hipótesis o teorías básicas: teoría celular, evolución genética, etc. sobre cuyo entramado se constituyó la ciencia biológica de hoy” (Babini, 2000:95).

⁵⁴ Entendiendo por el término duro como un dato estadístico cuantitativo innegable.

⁵⁵ Dataciones oficiales mencionan una antigüedad del *Homo Sapiens* de por lo menos hace 10, 000 años (Ver Comas, 1957).

⁵⁶ Sigerist en su libro “Enfermedad y Civilización” (1987), señala que hay que reconocer los grandes avances en la tecnología y la interpretación científica de las enfermedades de la medicina, aunque todavía falten muchas cosas que aprender.

Una de las motivaciones más importantes para realizar este estudio es la percepción de un problema real de salud pública que se manifiesta en el *distanciamiento entre los servicios de salud alópata y sus usuarios; y más específicamente en relación con los servicios de salud que imparte el Estado*⁵⁷. Sobre esto se han hecho estudios de investigación social que demuestran el mencionado distanciamiento⁵⁸.

Por lo anterior, es de poner a consideración que una de las tareas más importantes de los Antropólogos del futuro en el ámbito de la salud en México es *acercar a dicho sector con sus usuarios comprometidos*. Cabe señalar que acortar dicho distanciamiento, no se basa solamente en el acercamiento a veces nulo físicamente, no, aún más, la intención es que el sector salud tenga un mayor conocimiento de las ideas, creencias y prácticas de aquellos a los cuales les ofrece algún servicio.

Existen varias suposiciones o hipótesis acerca de por qué se presenta el distanciamiento; entre las que se encuentra la *falta de comunicación para la salud* entre los prestadores del servicio y sus usuarios, la cual es importante debido a que se puede percibir la desconfianza y el temor hacia los hospitales, el mal trato por parte del personal, las malas instalaciones y varias características de los hospitales que son vistas como agresivas (Baena y Montero, s/f:21).

Algunos autores han escrito sobre la falta de comunicación y se puede tomar como ejemplo la siguiente cita: "La evolución de la medicina actual se ha alejado de la comunicación al grado tal que ya afecta directamente a las relaciones del personal de salud y el paciente, se han

⁵⁷ Esto fue lo que motivó a vincular el estudio de la Medicina Doméstica con los servicios de salud que imparte la SESEQ en el centro de salud urbano Dr. Pedro Escobedo de la ciudad de Querétaro específicamente con sus usuarias, mujeres/amas de casa de escasos recursos económicos que reciben atención dentro del programa asistencial Oportunidades.

⁵⁸ Ver por ejemplo estudios como los de Bronfman *et al* (1997), "Del Cuanto al Por qué la utilización de los servicios de Salud", "Hacemos lo que podemos: los prestadores de servicios frente al problema de la utilización".

agudizado las situaciones basadas en mitos, prejuicios y tabúes que se siguen fomentando por parte de los administradores y los equipos de salud" (Baena y Montero, s/f:21).

En la mayoría de los casos la relación entre los médicos y los pacientes se produce de forma *impersonal*, situación que el mismo sector salud ha reconocido, ya que sólo se llega a la exploración física del paciente, y no se considera más allá⁵⁹.

Otra hipótesis pertinente de mencionar es acerca de los sesgos que provoca el aparato burocrático del sector salud⁶⁰ al influenciar directamente en la calidad de los servicios de salud. Ya que hay médicos que se encuentran en puestos administrativos, primero, es un cargo para el cual recibieron escasa preparación en el curso de su carrera, y segundo, hay quienes lo combinan con su trabajo de consultorio.

2.3. La familia de la mujer.

En este apartado se hace referencia de la importancia que tiene la familia (como núcleo de la sociedad) y la mujer / ama de casa (como centro rector de la familia) con respecto al proceso salud-enfermedad-atención visto desde un primer nivel real de atención.

⁵⁹ "El paciente centra una parte de su enfermedad en el aspecto emocional y recibe un tratamiento de expediente, donde el médico se concreta a preguntar y escribir, a veces sin mirar siquiera al paciente" (Baena y Montero, s/f:21).

⁶⁰ "Un rasgo típico actual de la sociedad industrial es la organización a gran escala de las actividades, no sólo en las esferas de la economía, la producción y el comercio, sino también en el gobierno, la educación, la política, la religión, la recreación y el deporte. La aparición de la administración burocrática en casi todos los ámbitos de la vida no han pasado por alto a la medicina, campo en el que ha influido en las relaciones entre médicos y pacientes, entre los mismos doctores y los miembros de las profesiones médicas auxiliares, y finalmente entre los servicios médicos y la comunidad en conjunto" (Susser, M. y Watson, W., 1982:357).

La familia, es la unidad de estudio y análisis de esta investigación, por eso se ponen sobre la mesa los argumentos y la relevancia que engendra y posee en relación con el Estado (más puntualmente con las políticas asistenciales), con la sociedad y por supuesto con la salud; puesto como ya se mencionó en el apartado anterior, existe un distanciamiento entre no sólo los saberes médicos, sino entre éstos y sus usuarios, especialmente entre el sistema oficial y el conjunto de ideas y creencias de la familia.

Desde la década de los 70, tiempo en el cual se inician los estudios concernientes a la relación familia-salud, se ha ido reconociendo, en el ámbito científico, la influencia que ejerce la familia en la génesis, el curso y el desarrollo de la enfermedad, así como en la atención de la misma.

Coincidentemente es a partir de esta década y dos más que la mujer es vista, desde la óptica del desarrollismo de los países de América Latina y el Caribe (Gómez, 1993:34), con los mismos derechos e igualdad de oportunidades que los hombres, a la vez, se le considera como un factor importante de producción y consumo; de ahí que se asuma la postura, por parte de las políticas públicas, de una lógica integracionista hacia las mujeres, ya sea remunerando o respetando su trabajo, o revalorizando el rol que desempeña la mujer / ama de casa para mantener el orden interno y externo del hogar.⁶¹

⁶¹ Cabe señalar que la postura integracionista veía a la mujer como un mero "insumo" y no se le tenía consideración hacia su persona, o sea, desde esta perspectiva, la salud de la mujer se planteó como una contribución al desarrollo: por una parte, como un medio garantizable de la reproducción biológica y supervivencia de los miembros de su familia, por el otro lado, como un recurso participativo en el desenvolvimiento de programas y servicios de salud que beneficiarían a la población en general (Gómez, 1993:45).

Cuando se hace mención de la familia y la salud, como se acaba de hacer, se trata de disertar sobre una mutua relación; por ejemplo "se acepta que alguna(s) variable(s) de la familia (su estructura, organización, dinámica, o la característica de algún integrante), se relaciona con la enfermedad de uno o varios de sus miembros" (Mercado, 1993:22).

Debido a los fines del estudio, una de las variables que se consideraron de alta importancia es la mujer (la ama de casa) ya que se tomó en cuenta "...ciertas características aisladas de algunos miembros de la familia, lo que significa incorporar variables del contexto familiar, variables que se consideran independientes, para tratar de explicar el comportamiento de los individuos que se estudian" (Mercado, 1993:23).

Es notable la sugerencia que hacen Francisco Mercado y Leticia Robles (en Mercado, 1993) cuando comentan que la familia puede enfocarse como una unidad ecológica y/o sistemática, donde la familia sería la unidad básica tanto de la sociedad como del complejo salud-enfermedad-atención.

Esta postura de análisis serviría para adjudicarle a la familia el peso mayoritario de la discusión del estudio, pues la familia se asumiría como el núcleo, la célula o sistema productor de la salud o de la enfermedad, sin omitir o por ello quedar sesgado de la continua relación que ésta tiene con el resto de los sistemas sociales.

Una forma de interactuar con los demás sectores sociales es a través del establecimiento y mantenimiento de redes de apoyo, esto a su vez facilita a encontrar respuestas a problemas cotidianos y a contar con un respaldo en momentos excepcionales o de emergencia (como puede ser el proceso salud-enfermedad).

Como lo comentan Mercado y Robles, la relación entre familia y el proceso salud-enfermedad forma parte de un proceso bidireccional, esto quiere decir que la familia incide sobre la salud-enfermedad-atención de sus integrantes y viceversa, que la enfermedad de uno de sus miembros afecta al resto de la familia.

De ahí que se tome a la familia como objeto de estudio, para lo cual puede enfocarse desde tres niveles recomendados por Eduardo Menéndez: "a) la **familia-grupo doméstico como unidad de descripción y análisis** del proceso de salud-enfermedad-atención; b) la **familia-grupo doméstico como unidad explicativa** de dichos procesos; c) la **familia-grupo doméstico como unidad de acción** respecto de procesos de salud-enfermedad-atención" (en Mercado, 1993:33).

¿Por qué la familia funcionaría como unidad de análisis?, porque, como dice Eduardo Menéndez, "La familia-grupo doméstico es la unidad donde se da con mayor frecuencia y recurrencia padecimientos y enfermedades; es el lugar donde no sólo se inicia la carrera del enfermo, sino donde se da el mayor número de detecciones, diagnósticos, actividades de atención y tal vez de curación" (en Mercado, 1993:134).

Por eso la familia debe ser considerada como el objeto de estudio vital para conocer la relación que tiene ésta con el fenómeno salud-enfermedad-atención, porque en comparación con el individuo, es la familia la que permite predecir en forma más acertada cuál es la pauta en el consumo de medicamentos, es en la familia donde se toman las decisiones respecto de qué hacer con la enfermedad y/o con el sujeto enfermo, incluida la consulta a un servicio determinado. Por eso "la familia-grupo doméstico constituye la micro estructura que más peso tendría en la formación de las representaciones y prácticas de los sujetos respecto del proceso salud-enfermedad-atención" (Mercado, 1993:135).

Por otro lado, continuando con las ideas de este autor y de Mario Bronfman (1997), se menciona que la mujer desempeña el papel de madre / ama de casa y es la encargada de detectar, diagnosticar, administrar y establecer los primeros tratamientos incluyendo la búsqueda de ayuda, de tomar parte en las decisiones o ella directamente decidir, de hacer el seguimiento del tratamiento, etc.

Esto seguramente se debe a que "La mujer es la principal y más frecuente informante del médico; también es el principal informante a nivel epidemiológico y además es el sujeto del cual los antropólogos obtienen la mayor cantidad de información sobre el proceso salud-enfermedad-atención junto con los curadores populares y científicos. (...) Además, desde las perspectivas del sector salud, las estrategias de atención primaria y la participación real han sido dirigidas y/o han recibido mayor respuesta favorable por parte de las mujeres" (Mercado, 1993:139-140).

En otro estudio realizado en San Pablo, Tolimán (Mendoza, 2003), también se menciona que las mujeres constituyen la primera instancia de atención de la enfermedad puesto que son ellas las que diagnostican de primera mano y en ocasiones curan las enfermedades que presentan los miembros de su familia; para ello, las mujeres curadoras se ayudan de varias herramientas y conocimientos médicos, por lo que no manifiestan ningún problema en acudir a otra persona (especialista) cuando los conocimientos de ella son insuficientes para resolver un estado de enfermedad en particular.

Esta disposición de elegir y amalgamar una forma de actuar entre diferentes visiones y técnicas de curación demuestra cómo la familia, por medio de la mujer / ama de casa (la que expresa la práctica médica doméstica), crea sistemas de supervivencia adecuados a su contextualización cultural, económica, psicológica, filosófica y geográfica.

De lo anotado anteriormente se sugiere que la mujer, á diferencia del grupo familiar total, es quien se encarga de mediar la relación de la familia con el proceso salud-enfermedad-atención; puede decirse que la mujer es el eje central cuando hablamos de atención primaria, ya que parece evidente que es ella quien respecto a este tema tiene una participación social más activa que cualquier miembro de la familia.

Una forma de participación de la mujer con respecto al fenómeno salud-enfermedad se lleva a cabo en el plano de la automedicación⁶² (autoatención)⁶³, pues en un estudio realizado por Ángeles-Chimal en la ciudad de Cuernavaca, Morelos, se ha observado que el grupo que recurre a la automedicación es el de las mujeres, tal vez por ser ellas el eje central de la salud familiar (Ángeles-Chimal, *et al*, 1992).

Algunos de los argumentos empleados para sostener la práctica de la automedicación por parte de la mujer –aunque desde el sector médico oficial se le considere negativa esta actividad–, según Hernández Tezoquipa *et al* (2001) son: para empezar, las limitaciones económicas, además de no tener acceso a un profesional, que el servicio de salud no resuelve del todo los malestares de sus usuarios, siempre recetan lo mismo y uno aprende el tratamiento a seguir por imitación de circunstancias, y la larga espera de horas que se deben resistir para ser atendido en un par de minutos y de manera un tanto desagradable.

La sociedad y el Estado consideran a la mujer de la siguiente manera: la primera como la encargada de lo que pase dentro de la casa, incluyendo los enfermos y sus respectivas patologías, el segundo con sus políticas respetuosas de lo que significan las personas, donde la mujer es la responsable y la conductora de la familia.

⁶² Parte importante de la atención médica doméstica.

⁶³ Mario Bronfman sostiene que esta actividad preventiva (la automedicación) se debe a que "...no solamente se busca evitar la complicación de una enfermedad sino que también se trata de prevenir la necesidad de acudir al servicio" *...por la percepción negativa que se genera del servicio de salud* (Bronfman *et al*, 1997:448, las cursivas son nuestras).

Si como dice Concha Colomer *et al* (2001) el papel educativo y socializador de la familia es de gran importancia⁶⁴, particularmente en las primeras edades de la vida y en lo referido al desarrollo de hábitos saludables, entonces, ¿cuál será el futuro actuar de los hijos de las señoras titulares beneficiadas por el programa Oportunidades debido a sus características económicas y socioculturales de las familias de estas señoras?, porque, como nos dice Hernández Tezoquipa *et al* (2001), el cuidado proporcionado por la mujer es más que la lucha contra la enfermedad, y en el caso de la gente beneficiada por un programa gubernamental, es más que una herramienta para una vida más digna o más cómoda.

Además de eso, y quizá lo que motiva a la mujer a preocuparse por la salud de su familia, es aquello que facilita, estimula y conserva una vida armónica familiar en muchos sentidos (en el fisiológico, en el antropológico y en el psicológico), o sea, buscando, construyendo y dando posibles utensilios y medios que consideran necesarios para una vida y un crecimiento integral de sus seres queridos.

Al resultado de todo este trabajo femenino (al cúmulo de saberes sobre salud-enfermedad-atención) se le denomina medicina doméstica del cual nos ocuparemos en el próximo apartado.

2.4. La atención médica doméstica.

Como se puede ver en los apartados anteriores, el ámbito de la salud-enfermedad-atención ofrece un panorama bastante extenso en temas y problemáticas para estudiar, por lo cual, la propuesta de este estudio es analizar el ámbito doméstico, fundamentalmente con amas de casa apoyadas por el programa asistencial Oportunidades y que habitan en

⁶⁴ Hernández T. *et al* (2001) diría que precisamente uno de los roles de la mujer / madre dentro del hogar es el de enseñar los tipos de enfermedades y las posibles curaciones.

colonias populares⁶⁵ del centro de la ciudad de Querétaro, para ello nos basaremos en el testimonio de las amas de casa que son miembros de dichas familias.

Estudiando lo anterior, se podrá obtener información suficiente para hacer propuestas que ayuden a reducir el distanciamiento entre los prestadores del servicio oficial y sus usuarios; y por consecuencia el distanciamiento entre los modelos de atención a la salud.

Existen amplias posibilidades que así sea, porque el ámbito doméstico o familiar es un centro importante de reproducción social e ideológica en el proceso salud-enfermedad-atención; lo cual conduce a conseguir la percepción de, sentires, subjetividades, costumbres, creencias, saberes y en general conocimientos de usuarios que recurren a la medicina alópata, sobre la institución oficial y sobre lo que implica la atención, la práctica y el concepto de "Medicina Doméstica" (MD)⁶⁶.

Para citar lo referente a los antecesores y antecedentes del complejo MD hay que remitirse a autores como Eduardo Menéndez y Roberto Campos Navarro (en Campos, 1992), quienes han tenido una gran influencia sobre el tema de la MD al rescatar la práctica social de la *autoatención* como un modelo médico estructural presente en toda organización social.

El modelo de *autoatención* tiene variadas características de las cuales se citan las que se consideran más pertinentes para el estudio: Es un modelo que tiene no sólo características curativas, sino preventivas, sociales, culturales y económicas (eficacia pragmática, legitimidad colectiva, etc.) (Campos, 1992:15).

⁶⁵ Según el programa Oportunidades, las colonias populares que integran la zona a estudiar (zona centro), son habitadas por familias de un estrato socioeconómico *bajo*.

⁶⁶ Más adelante se define este concepto.

Dicho modelo supone un primer nivel real de atención debido a que es en la casa / hogar donde interactúan conocimientos y prácticas basados en el resto de los modelos que se filtran en las culturas.

La autoatención, así como las adicciones son fenómenos que se presentan con más frecuencia en las clases media-baja y baja de las sociedades, aunque cabe señalar que no son cuestiones exclusivas de los estratos subalternos, sino que operan en todos los estratos sociales, y de una forma holística.

También supone diagnóstico, selección y prescripción de un tratamiento y la *administración del mismo que puede incluir sustancias, acciones físicas, procedimientos mentales, etc.*, además de las terapias psicológicas, las curaciones por medio de la oración o petición a seres con poderes extraordinarios, la magia, la brujería, entre otras (Menéndez, 1990:146 y 155).

La misma autoatención puede ser vista como un sistema de transacciones sociales permanentes, que además supone la realización de una serie de actividades orientadas directa o indirectamente a asegurar la reproducción biológica y social a partir de la unidad doméstico / familiar (Menéndez, 1990:179).

En este contexto, la práctica de la MD tiene como características básicas: eficacia pragmática, concepción basada en la experiencia propia y ajena, tendencia a la apropiación y sintetización de las prácticas médicas, y se compone de dos modelos médicos principalmente: el **modelo médico hegemónico** (cientificista) y el **modelo médico tradicional** (de transmisión oral).

Ambos patrones son dos modelos médicos relacionados, y en cierta medida complementarios; algunos pacientes utilizan ambos sistemas a la vez (o quizás uno para diagnóstico y otro para tratamiento) (ver a propósito, De Miguel, 1980).

Esta combinación se debe a que, como señala Hernández Tezoquipa (2001), a las mujeres no les importa el modelo conceptual cuando algún miembro de su familia (principalmente) presenta una anormalidad patológica, lo que tiene importancia para ella es obtener resultados satisfactorios en el proceso salud-enfermedad-atención, lo cual es totalmente perceptible en el ámbito familiar donde interviene la susodicha MD.

Se ha decidido utilizar el término de *MD* por dos simples razones:

1) Es el término más actual en la producción de conocimiento científico social dentro de la Antropología Médica, dicho tema ha sido trabajado por Carlos Zolla y Virginia Mellado a finales de la década de los ochentas y principio de los noventa.

2) Es un tema poco trabajado en el ámbito de la investigación en México⁶⁷, pero que sin duda tiene sus antecedentes, fundamentos y referencias en los principios de la ya mencionada “*autoatención*”, lo cual se puede reflejar en la siguiente cita: “Menéndez designa [modelo de autoatención] a lo que aquí llamamos [medicina doméstica]”. (Zolla y Mellado, 1992:73.)

⁶⁷ “...en autoatención y automedicación –o Medicina Doméstica-. Un sistema de transacciones permanentes, Eduardo Menéndez nos introduce, al estudio de un proceso social escasamente investigado” (Campos, 1992:15).

Como modelo que es, la MD o casera es tomada como un instrumento metodológico⁶⁸ para dar cuenta de algunas realidades en nuestras sociedades.

Conceptualmente se entiende por la práctica de la MD: "...al conjunto de conocimientos, recursos y acciones terapéuticas presentes en el hogar, que no trascienden de este ámbito como una oferta de servicio, ...esta práctica médica cumple una importante **función** en el *diagnóstico* que permite la *administración* de tratamientos caseros, o bien se convierte en una base para la derivación del enfermo" (Zolla y Mellado, 1992:72).

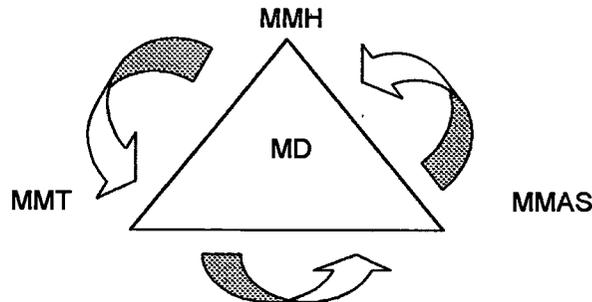
En otras palabras, la MD tiende a convertirse en la primera atención que recibe en casa aquel que empieza a carecer de salud, siendo éste atendido por curadores no especializados o no profesionales. Como modelo de atención abarca los siguientes aspectos: un área médica curativa y preventiva, reelaboración de conceptos y prácticas relativas a: alimentación, nutrición, higiene, saneamiento básico, educación, recreación, sexualidad, reproducción, religiosidad, normas sociales, vivienda, trabajo, etc. (Tezoquipa, 2001:444).

El modelo de la MD, de acuerdo a sus características, puede ser visto como un todo de prácticas médicas, donde se da una *convivencia*⁶⁹ o interacción de los Modelos Médicos, con sus ideas, costumbres, creencias, experiencias, saberes, en fin, con todo el conocimiento de la autoridad médica doméstica.

⁶⁸ "Los modelos médicos –entendidos como un instrumento metodológico- son construcciones dinámicas y procesales, muy por encima de concepciones fijas y monolíticas" (Campos, 1992:14).

⁶⁹ Ver Zolla y Mellado, "Función de la Medicina Doméstica...", 1992:72.

En el siguiente cuadro se puede apreciar explícita y gráficamente la mencionada convivencia:



Simbología.

Parte superior (MMH): Modelo Médico Hegemónico.

Izquierda (MMT): Modelo Médico Tradicional.

Derecha (MMAS): Modelos Médicos Alternativos Subordinados.

En el centro (MD): Medicina Doméstica.

A los lados del triángulo (): La flechas representan el movimiento y la interacción de los modelos médicos en el ámbito de la Medicina Doméstica.

Fuente: Modelo que se realizó en este estudio con base en la propuesta teórica de Menéndez y Zolla.

La MD tiene como práctica sociocultural cotidiana el diagnóstico por parte de un curador casero, que permite la administración de tratamientos y en dicho ámbito interactúan los saberes y prácticas de los modelos médicos que incluyen a la alopátia, la homeopatía, lo tradicional, la acupuntura, la herbolaria, la brujería, actos psicológicos, actos metafísicos o religiosos, entre otros.

Resulta conveniente invitar al lector a que pueda comprobar personalmente la existencia de la MD, remitiéndose a un simple ensayo; acudir al espacio infaltable en casa donde se guardan las herramientas médicas; esto es lo que hemos llamado "el botiquín doméstico", sitio en el cual el lector puede percibir sensiblemente la recurrente convivencia de las diferentes medicinas o remedios para prevenir o enfrentar a las enfermedades.

En el botiquín doméstico se puede encontrar la relación desde un analgésico o antigripal, diferentes tipos de té, antibióticos, la hoja de marihuana curada en alcohol, los curitas, las recetas que refuerzan y recuerdan el conocimiento, hasta velas o imágenes de santos.

Dentro del menú que puede ofrecer el botiquín doméstico, también se puede incluir a los ingredientes y especies de la cocina mexicana, que además de servir como comestibles, tienen funciones con fines terapéuticos.

Una vez contando con el mencionado repertorio, los curadores caseros pueden hacer uso no sólo de un utensilio terapéutico específicamente, sino utilizar la combinación de los diferentes recursos del botiquín, dándole vida a lo que es entendido como un "remedio casero", por ejemplo:

-Para la diarrea o dolor de estómago: la coca con limón (Sra. María Dolores, 36 años).

-Para detener el vómito: mezcla de cebolla, carbonato y tequezquite (Sra. Carmen, 65 años).

-Para las anginas: que el hermano mayor ponga a asar tomates y sobe las anginas, después que machaque granos de sal con la boca y cubra con la mezcla el cuello y los pies del enfermo (Sra. Magdalena, 40 años).

-Para el susto: Dar un baño de alcohol con epazote, después con saliva del propio curador formar una cruz en la cabeza y en las orejas (Sra. Teresa, 51 años).

Parece que la MD trasciende del tipo de familia y no tiene fronteras, como se dice trilladamente "no respeta edad, sexo o color", además de importar el estado civil, el lugar de nacimiento, la escolaridad, el número de integrantes de la familia, la posición económica familiar, y tantas otras singularidades pertenecientes al hombre de inicios del siglo XXI.

Como es sabido y mencionado en el apartado anterior, la mujer juega un papel fundamental en el ámbito casero, en las cuestiones preventivas o curativas sobre el proceso salud-enfermedad-atención, siendo ella recurrentemente la primera diagnosticadora, la primera poseedora del medicamento, la primera administradora o dadora del mismo y en ocasiones la primera y la única finalizadora de los procesos de tratamiento; en otras palabras, se puede decir que la mujer es la que asume toda la responsabilidad⁷⁰ para que la salud siga luchando contra la enfermedad de aquellos que se convierten en pacientes.

Ahora parece pertinente mencionar una forma de clasificación de pacientes, para que se dé un mejor entendimiento de la práctica de la MD, para ello nos ayuda la referencia del libro del Dr. Demetrio Mayoral⁷¹:

- 1.- La primera más grande, corresponde a quienes se curarán con o sin medicinas.
- 2.- El segundo grupo, todavía grande, es el formado por los que se van a aliviar a pesar de las medicinas.
- 3.- El tercero, el más pequeño, que se aliviará con medicinas del MMH.

Sin duda, de la triada anterior, los dos primeros puntos abarcan el mayor porcentaje en el universo de los pacientes, ya que es en estos donde a pesar de las medicinas del MMH o sin ellas el paciente se alivia. No obstante en lo anterior existe un proceso de falta de reconocimiento y aceptación hacia la práctica de la MD, tema que se aborda en el siguiente apartado.

⁷⁰ "...la estructura del proceso productivo y reproductivo sociobiológico está depositado, delegado, incluido en el papel femenino-materno, ha sido en todas las sociedades la que se hace cargo de los procesos de autoatención" -y por *ende* de la Medicina Doméstica- (Menéndez, 1992:156).

⁷¹ Ver en el libro de Baena, P. G. Y Montero, O. S., "Comunicación Para la Salud", Editorial Pax, Primera Reimpresión, México, s/f.

2.4.1.-Quién deslegitima a la medicina doméstica.

Hoy en día, en el contexto mundial de los llamados monstruos transnacionales de la producción de cualquier cosa, las alianzas entre los consorcios farmacéuticos y el modelo hegemónico en complicidad con los medios de comunicación masiva, han provocado con su constante bombardeo informativo, que se genere una percepción negativa de las prácticas caseras de la medicina, reduciéndolas a cuestiones de la *automedicación*⁷²: "...son más bien los médicos y sus instituciones los que enseñan, promueven y difunden el proceso de automedicación, no obstante que son ellos mismos quienes tienden a considerarlo como un fenómeno nefasto y perjudicial, sin ofrecer referentes empíricos concretos que demuestren en lo cuantitativo su negatividad, o bien su grado de ineficacia en muestras poblacionales abiertas" (Campos, 1992:16).

Por otro lado, el fenómeno de la automedicación ha sido rescatado por los Antropólogos, al incluirlo en el modelo de autoatención⁷³ y no se niega que con el uso inadecuado de cualquier administración preventiva o curativa se pueda tener consecuencias perjudiciales a la salud; pero también se acepta que la solución no es erradicar las prácticas automedicativas, ya que al parecer éstas son inagotables por múltiples factores⁷⁴.

Es indudable que la MD no es reconocida públicamente por algún sector de la oficialidad, parece que el reconocimiento conviene más a la oficialidad mientras se sepa a niveles internos, pero que no se difunda con una intención educativa, ya que se dañaría la integridad de algunos bolsillos.

⁷² Término de corte oficialista, que pretende descalificar toda práctica de la medicina casera y que es apoyado por la actitud del médico alopático, casi siempre, peyorativa y rechazante.

⁷³ Dice Menéndez: "Para nosotros -Antropólogos- la automedicación es parte de un proceso estructural que la incluye y que es el de autoatención" (Menéndez, 1992:154).

El MMH no se conforma con deslegitimar, subordinar y excluir a los otros modelos y sus medicinas, sino también enfermedades que ellos no reconocen como enfermedades, o sea, lo que ellos llaman creencias sin fundamentos, como es el caso de la caída de mollera, el mal de ojo, el susto o el espanto, entre otros.

También parece que el sector salud ve en el mito una mentira colectiva basada en la creencia de la gente⁷⁵; y no como una representación social, si bien colectiva, pero con una carga cultural muy importante, donde la mentira no importa, sino el sentido de la carga cultural del mito; por ejemplo, los médicos dicen que no afecta en lo absoluto el que una mujer que acaba de dar a luz tenga que salir completamente tapada, casi taciturna e hipocondríaca, en compañía y ayuda de sus familiares, ya que esto es un mito (o una mentira).

Por el contrario no se dan cuenta de lo que significa todo el rito de la salida del hospital, representando así, toda una simbología que tiene que ver con el estatus social, donde la recién que acaba de parir se tiene que hacer notar de alguna forma –en algunos casos con la cabeza tapada, bufanda, falda larga y medias o calcetas hasta la rodilla, mirando el piso, sostenida del brazo de su esposo quien además va cargando una maleta llena de ropa y zapatos y una bolsa de plástico con tamales y hojas de tamal; casi al par, la suegra con múltiples gestos en su cara va cargando a la nueva criatura y a una distancia no muy lejana un taxi esperando que acaba de ser parado por un muchacho o niño que va y viene corriendo anunciando que ya hay quien los lleve- todo esto por aceptación del grupo, quien se tiene que enterar de que a pesar de todos los dolores de la madre y la travesía al salir del hospital, todo ha salido bien.

⁷⁴ Como el económico (la falta de dinero) para acudir al médico y luego comprar las medicinas, el tiempo para dejar las responsabilidades de casa o del trabajo para hacer fila en lo que lo atienden, por ser el único recurso con el que cuenta la gente, entre otros.

⁷⁵ Ver el libro del Dr. Carlos García, s/f “Cuidado con los Consejos”.

Parece que la deslegitimación es notablemente extensa por parte del MMH hacia la MD, sin importarle siquiera la gran cantidad de individuos enfermos que han resuelto sus problemas de salud vía la MD.

Por último, vale la pena mencionar que a pesar del constante empeño por parte del sector hegemónico por colonizar y aculturar intencionalmente las pautas de los sistemas subordinados; la MD sigue representando el que un buen número de enfermedades sean concebidas, diagnosticadas, tratadas y eventualmente curadas en el ámbito casero-familiar.

CAPÍTULO 3.- CONTINUEMOS DIALOGANDO: LA COMPRENSIÓN

3.1.- Red social, conformación de un posicionamiento ante el mundo.

Las familias de las mujeres (amas de casa) que forman parte de la sociedad, poseen y construyen estructuras, maneras de convivencia y de influencia en todos los aspectos de la vida, por ello, el proceso salud-enfermedad-atención también se concibe, se explica y se trata por medio de la relación que tenga el grupo doméstico con los diferentes actores, sectores, instituciones y redes sociales.

Lo anterior queda más claro con la idea que plantea Soledad González Montes quien menciona que "...las mujeres y los grupos familiares han asumido esferas de la reproducción social que antes se situaban en el dominio gubernamental o de las empresas, aumentando su participación en actividades comunitarias y de autogestión de servicios. En especial, los programas de salud familiar asignan a la mujer el papel de responsable de los cuidados relativos a la salud en el hogar" (González, 1995:20).

La sociedad es y está constituida por un complejo o varios complejos. En ella se amalgaman todos los campos del conocimiento. Es decir, la sociedad aglutina, entre los grupos sociales que la integran, saberes científicos (donde se incluyen los conocimientos aportados por las Ciencias Naturales, Ciencias Sociales, Ciencias Humanas, Ciencias Esotéricas) y saberes "tradicionales" (el llamado sentido común).

Este último se desprende inconscientemente y en algunos casos - cuando cabe la reflexión argumentativa- se genera, como un actuar conciente. Tal conocimiento y forma de ser y estar en la realidad se deviene gracias a la lógica y a la cosmovisión del mundo y de la *Tradición*, al estilo gadameriano,⁷⁶ es decir, lo que le toca vivir a cada quien. Lo cual quiere decir que tanto la sociedad como sus integrantes quedan afectados en su manera de relacionarse entre ellos y con el mundo en general por medio de los supuestos y prejuicios sociales en los cuales crecen y adoptan los grupos y sus individuos influyendo en su decisión las circunstancias históricas a su alcance.

Para Michel Foucault queda claro que la verdad se construye socialmente donde hay un juego de poderes, unos se adjudican, por su poder, el saber y por lo tanto el control (Foucault, 1980).

Los grupos sociales y las personas, varían en su forma de ser, ya que todos ellos se conforman de diferentes concepciones sobre el universo y la vida gracias al intercambio cultural, esto se lleva a cabo al acercarse y compartir con "otro", cuando se lee pensamientos que movieron sensibilidades o cuando el mundo parece acotarse por la fuerza de la globalización y de los medios de comunicación; de esto último, se hace una selección de acuerdo a fines personales, esperanzas de vida, circunstancias existenciales. Por eso se escucha entre el pueblo que "cada cabeza es un mundo" y que por lo tanto no todos somos iguales.

⁷⁶ Para ello ver Gadamer (1975), *Verdad y Método*.

La manera de ser y de desenvolverse en el mundo y en la vida cotidiana está íntimamente relacionado con la cultura, la cual "...es indudablemente una condición principal en el devenir. Sin embargo, la integración personal es siempre el hecho básico... Algunos elementos de nuestra cultura son rechazados totalmente, hay muchos que adoptamos meramente como hábitos oportunistas; incluso aquellos elementos que genuinamente nos apropiamos, los reformamos para que se ajusten a nuestro estilo personal de vida" (Goodman, 1872:29).

Lo mismo pasa con el fenómeno salud-enfermedad-atención, ya que no para todos significa lo mismo salud o estar enfermo, eso depende del bagaje cognitivo y de las experiencias de la vida cotidiana; así lo mismo sucede cuando se intenta contrarrestar un padecimiento para alcanzar un mejor nivel de vida.

¿La procedencia cultural y la formación académica de las encuestadas tendrá relación con la preferencia y la toma de decisiones en cuanto al fenómeno salud-enfermedad-atención? ¿Ello tendrá que ver con el tipo de padecimientos que conocen y la manera de contrarrestarlos?

La acción de diagnosticar por parte de las mujeres-muestra, acudir a un especialista, seguir un tratamiento y curar, son acciones ajustadas a: el nivel económico, la tradición de curarse con determinado Modelo Médico, el medio social donde se desenvuelven, la influencia de los medios de comunicación, de las amistades, los vecinos y los compañeros del trabajo.

Todo se encuentra interconectado, no se puede asegurar que sólo un factor tenga la influencia total para seleccionar la práctica médica a aceptar y emplear, más bien, como a lo largo del trabajo se señala, las familias estudiadas recurren a todas las fuentes posibles de ayuda, independientemente de su nivel académico, aunque aparentemente no coincidan o se desconozcan los principios filosóficos y epistémicos de las

diferentes prácticas médicas. Por eso más de la mitad de la muestra, dice emplear únicamente alguna práctica médica, esto por la fuerza de atracción y de implantación de la medicina científica o hegemónica, pero el porcentaje restante acepta utilizar no solamente este modelo médico sino que además emplean otras prácticas médicas, como la medicina naturista, la homeopática y la *medicina tradicional* (hueseros, yerberos, la "Señora" que soba).

Como se ha dicho, los seres humanos, por nuestras características de conformación, somos seres sociales. Sí, el hombre —como especie— se distingue de los demás seres por su desarrollo particular del sistema nervioso. "Pero como la inteligencia, tan íntimamente ligada al sistema nervioso, es una capacidad, no adquirida, sino congénita, aunque susceptible de perfeccionamiento, de cultivo y orientación, lo cual hace del hombre un "animal social". El hombre no es sólo un "ser vivo", sino un "ser consciente", no es sólo una individualidad biológica, sino una individualidad social" (De Azevedo, 1942: 47).

"Son los individuos quienes componen cada sociedad, mas la sociedad es una realidad que los rebasa, existe antes que ellos y les sobrevive, actuando sobre ellos para modelarlos con frecuencia a su imagen y, en todo caso, para marcarlos más o menos inconscientemente con su sello. Esas realidades sociales que los rebasan, y que son a un tiempo materiales y espirituales, constituyen el medio natural y necesario en el que nacen y se desarrollan penetrándolos por todos lados, ejerciendo una influencia profunda sobre la vida material, intelectual y moral del ser humano" (De Azevedo, 1942: 50).

El ser humano, por nuestras características fisiológicas, somos seres que tenemos que depender de la transmisión social de conocimiento y cultura de otros seres para sobrevivir, más urgentemente en los primeros años de vida donde uno es un ser completamente indefenso y necesita de

ayuda para no morir. Serena Nanda (1980:39-40) dice que aun cuando nuestro cerebro nos da la capacidad para aprender, también significa que nos desarrollamos lentamente y que necesitamos el apoyo de otros para sobrevivir. La organización social humana y la vida en grupos nos proveen el contexto básico en el cual podemos aprender de otros al mismo tiempo que estamos siendo protegidos por ellos. Por ello la familia se ha ido conformando como la institución o grupo que está encargado de otorgar los elementos indispensables para la supervivencia.

La socialización es importante pues busca la integración del individuo a la sociedad, este proceso se da principalmente en la familia, por consiguiente los padres están destinados a actuar como los agentes para la transmisión de las normas culturales. Por ello se puede decir que el desarrollo de los individuos se lleva a cabo en contextos particulares, y para la gran mayoría de ellos la familia es el primer y más importante contexto de crecimiento físico y psicológico (Schaffer, 2000:255).

La familia, por ello, no sólo funge como incubadora o protectora de los individuos ante la realidad infinita que es la sociedad, sino que también actúa como la agrupación que puede tener más peso en la formación cultural y psíquica de las personas, en otras palabras, ella funge como la encargada principal de transferir, selectivamente, lo que se considere bueno o correcto para poder enfrentarse al mundo, pues para ello ya tuvo una experiencia de vida.

Lo anterior se corrobora citando a Jesús, marido de Graciela, quien dice así: "Bueno, mi forma de ser, ahora, es que a ellos –refiriéndose a sus hijos presentes- les estamos dando la educación, porque yo no tuve estudios, y nosotros les decimos que deben estudiar, hasta donde uno pueda darles, ya que no tuve estudio, pues en esos tiempos la vida era más difícil. Eso es lo que les digo, ellos están en la gloria porque ellos piden esto y se les tiene que dar, y antes no, uno se tenía que aguantar a

lo que hubiera. Y ellos no, que piden zapatos de marca, no que uno tenía que andar con zapatos de hule y hasta descalzo, y ellos no” (Jesús, marido de la Sra. Graciela, 40 años).

Esto de alguna manera lo transmite Bolívar Echeverría en su libro *Introducción a la filosofía de la cultura* (2001) quien comenta que todas las personas necesitamos de las demás, no tanto como una necesidad básica sino como una necesidad inventada, es por eso que el hombre y la sociedad le da ese sentido mágico, placentero y estético al mundo, a las cosas y a los fenómenos que acontecen en él, como es el caso de la salud y la enfermedad.

Si como dicen Concha Colomer et al (2001), el papel educativo y socializador de la familia es de gran importancia⁷⁷, particularmente en las primeras edades de la vida y en lo referente al desarrollo de hábitos saludables, entonces, por ejemplo, ¿cuál será el futuro actuar de los hijos de las señoras beneficiadas por el Oportunidades debido a las características geográficas, económicas y socioculturales de las familias de estas señoras en las que se desarrollan?

Para acercarse a una posible respuesta hay que tener en cuenta la ideología y el discurso del programa: “Sí es un programa que promueve la participación social que se apoya en la organización ya establecida de la comunidad e incorpora a las familias beneficiarias. Los apoyos que se ofrecen son los siguientes: becas para niños y jóvenes de educación básica y media superior, atención a la salud mediante sesiones educativas, pago en algunos servicios de salud y medicamentos⁷⁸ y apoyo económico con la finalidad de que sea dirigido a la educación, salud y alimentación” (Prontuario operativo para personal de salud, 2002:7-8).

⁷⁷ Hernández T. *et al* (2001) dice al respecto que precisamente uno de los roles de la mujer / madre dentro del hogar es el de enseñar los tipos de enfermedades y las posibles curaciones.

⁷⁸ Por ejemplo: no se les cobra la consulta médica general y algunos medicamentos que tienen que ver con los padecimientos más frecuentes en la sociedad como los de las vías respiratorias o de enfermedades diarreicas.

Como se ve, el programa gubernamental prevé que las familias beneficiarias se encuentran incrustadas en un orden social, el cual ya tiene ciertas redes y estructuras sociales, que más que ponerse a calificarlas se deben analizar para aprovecharlas como mecanismos de aculturización, aunque este tipo de discurso no se aplica. Es decir, si el gobierno desea ayudar al pueblo tiene que encontrar la lógica de cada comunidad para saber qué le duele, cómo lo remedia y con qué instrumentos cuenta para ello.

La familia influye contundentemente en los actores que integran y manejan la complejidad llamada sociedad, por simple naturaleza la familia crece y se transmuta tanto así misma como al mundo que la rodea.

De aquí que se tome a la familia y a la mujer / ama de casa⁷⁹ (esta última, centro rector de la familia) como fuentes básicas de información y análisis conceptual con respecto al fenómeno salud-enfermedad-atención, preocupándose por observar en el primer nivel de atención⁸⁰, porque es ahí donde la familia pone a prueba el cúmulo de conocimientos y prácticas médicas coleccionadas por medio de la influencia social, es decir, cuando un miembro enferma, se toman medidas necesarias para aliviarlo, por lo que no se desprecian las recomendaciones que hace la abuela para aplicarle algún remedio, o que la vecina le recomiende a un "buen" especialista, o que se siga lo que el doctor le ha recetado, o simplemente va a la farmacia a comprar alguna medicina que vio anunciada en la televisión.

⁷⁹ Como ya se dijo en el capítulo 2. "La mujer es la principal y más frecuente informante del médico; también es el principal informante a nivel epidemiológico y además es el sujeto del cual los antropólogos obtienen la mayor cantidad de información sobre el proceso salud-enfermedad-atención junto con los curadores populares y científicos. (...) Además, desde las perspectivas del sector salud, las estrategias de atención primaria y la participación real han sido dirigidas y/o han recibido mayor respuesta favorable por parte de las mujeres" (Mercado, 1993: 139-140).

⁸⁰ El primer nivel real de atención regularmente se da en el lugar del accidente o en el hogar, y la mujer es el eje central cuando hablamos de atención primaria, ya que es ella quien respecto a este tema tiene una participación social más activa que cualquier miembro de la familia.

¿Por qué la familia funciona o es una unidad de análisis? Porque, como dice Eduardo Menéndez, "La familia grupo-doméstico es la unidad donde se dan con mayor frecuencia y recurrencia padecimientos y enfermedades; es el lugar donde no sólo se inicia la carrera del enfermo, sino donde se da el mayor número de detecciones, diagnósticos, actividades de atención y tal vez de curación" (en Mercado, 1993:134). Por eso la familia se considera y se toma como el objeto de estudio para conocer la relación que tiene ésta con el fenómeno salud-enfermedad-atención, porque es la familia la que permite predecir en forma más acertada cuál es la pauta en el consumo de medicamentos, es en la familia donde se toman las decisiones respecto de qué hacer con la enfermedad y con el sujeto que la padece, incluida la consulta a un servicio médico determinado.

Estas actividades denotan que la familia, al tomar decisiones sobre salud-enfermedad, no puede aislarse del mundo que la rodea, así que su última palabra la tiene que mediar entre su conocimiento y experiencia propia, entre las buenas intenciones y la manera tradicional de curar de los familiares y amigos, y entre los sistemas de salud⁸¹ y la mercadotecnia.

De ahí que "La familia grupo-doméstico constituye la micro estructura que más peso tendría en la formación de las representaciones y prácticas de los sujetos respecto del proceso salud-enfermedad-atención" (Mercado, 1993:135).

Es clara la importancia que tiene la familia en este tema, pero no hay que olvidar que toda familia y todo individuo están formados no sólo por su libre albedrío, como Gadamer lo menciona en *Verdad y Método* (1975) estamos insertos en una **Tradición**, es decir, vivimos en un tiempo

⁸¹ Sistemas de salud "...es el conjunto de creencias culturales en torno a la salud y a la enfermedad que constituyen la base del comportamiento del pueblo en cuanto a la búsqueda de la salud y a la promoción de la salud, teniendo un marco institucional dentro del cual se desarrolla este comportamiento, dependiendo del contexto socioeconómico, político y material correspondiente a estas creencias e instituciones" (Brownlee, 1995: 2).

y en un espacio determinado –**somos contextuales**–, a lo que se le suma la casi inevitable socialización, pues se vive junto a vecinos, amigos, familiares, profesores, compañeros de trabajo, noticias, películas, publicidad, modas, en fin, nuestro mundo no es una invención propia sino más bien es una reconstrucción personal y colectiva determinada por varios sectores sociales; por lo que cualquier decisión en cuanto al tema salud-enfermedad-atención refleja el universo social en el que se mueve y acepta la familia.

Las familias estudiadas en el presente trabajo, se integran por la pareja procreadora de uno a quince vástagos, acompañados en algunos casos, por alguno de sus padres o por ambos; en algunas familias la pareja se separó; en otras solamente viven dos o tres integrantes de una familia nuclear (la pareja y un hijo); algunas familias habitan en un espacio propio e independiente (en casa propia o rentada), otras viven en un cuarto que los suegros les han cedido dentro de una misma casa junto a otras familias con la misma suerte.

Así lo atestiguaron las informantes cuando se les interrogó sobre vivienda al referirse habitar en un cuarto dentro de la casa de la suegra o la madre de alguna de las informantes de este trabajo. Por ejemplo la Sra. Maricela respondió a ¿cuánto tiempo llevan habitando en su hogar?: “Yo desde que nací, y llevamos de casados 14 años, que es la edad que tiene la niña” (Sra. Maricela, 36 años). Esto indica que al formarse esta familia, el marido se fue a vivir con la familia de Maricela, donde tienen su propio espacio.

Esta decisión responde a que Maricela, en comparación con su marido, tuvo una vida más cómoda y con menos carencias, es decir, a ella no le faltó tener la oportunidad de estudiar y de irse a la escuela bien

comida y bien vestida⁸², suerte contraria la del marido, que no sólo el calzado brilló por su ausencia sino de vez en cuando la alimentación no fue lo que la fisiología humana hubiera querido y necesitado según él.

Otras familias viven hacinados en vecindades, donde **se tiene que** compartir el baño entre varias familias. Este tipo de circunstancia de vida es indudable que interfiere en el proceso del fenómeno salud-enfermedad-atención.

La familia se enfrenta ante la enfermedad con las herramientas prácticas y conceptuales que tiene o que le han resultado satisfactorias, como es el caso de combinar diferentes saberes y prácticas médicas. A esta estrategia, en este trabajo, se le denomina medicina doméstica.

La medicina doméstica, por su nombre, sólo se puede encontrar en el ámbito doméstico o familiar que además funge como un centro importante de reproducción social e ideológica en el proceso salud-enfermedad-atención, es decir, el ámbito doméstico recrea la cultura y las tradiciones, además de que se hace una selección de lo que se considera más apropiado para el bienestar, las reglas y la moral de cada familia, de ahí que se aprecie la convivencia de varias posturas diferentes dentro de la familia y más cuando se habla de un tema tan delicado como lo es salud.

El ser selectivos no debiera engendrar una guerra entre prácticas médicas⁸³, pues las señoras beneficiadas por el programa Oportunidades han enseñado que las diferentes prácticas médicas no son contradictorias del todo, sino que más bien funcionan como complementarias.

⁸² Al decir que ella tuvo una vida más cómoda y con menos carencias, estar bien comida y bien vestida en comparación de su marido, no quiere señalar que Maricela haya provenido de una familia opulenta o rica, sino que simplemente no le faltó lo esencial o básico para vivir: vivienda, educación, alimentación y vestido.

⁸³ Por ejemplo, el Modelo Médico Hegemónico no se conforma con deslegitimar, subordinar y excluir a los otros modelos y sus medicinas sino también lo hace con enfermedades que ellos no reconocen como enfermedades, o sea, lo que ellos llaman creencias sin fundamentos, como es el caso de la "caída de mollera", el "mal de ojo", el "susto o el espanto", entre otros.

La práctica de la medicina "tradicional" responde a las necesidades subjetivas y sociales de tal fenómeno, para ello se debe tener un cierto acercamiento y grado de aceptación de la llamada *cultura tradicional*, pues sólo así se le entiende, comprende y se le da la respuesta más acertada, dependiendo de la cosmovisión del que está enfermo; como sería el caso de padecimientos tales como "susto-espanto", o "caída de mollera", o "disentería" o "desinteria", según fue clasificada esta última como una enfermedad gastrointestinal, que por la información recopilada, sólo algunos médicos alópatas saben remediar esa enfermedad o no la consideran como tal.

Hay otros percances en la salud que solamente el sector médico oficial tiene las herramientas cognitivas y manuales para contrarrestarlos, como lo muestra lo especializado de la cirugía cerebral, por ejemplo, o como así lo hizo saber la señora Juana de 44 años:

Investigador: La otra vez, cuando le aplicamos una encuesta previa, usted dijo que solamente usaba la medicina "normal", ésta —refiriéndose al centro de salud—, la de los doctores de "bata blanca".

Sra. Juana: Sí, la de patente.

Investigador: Sí. ¿Y por qué no han utilizado, o no han experimentado con otro tipo de medicina como la de los hueseros, como la de los *chocheros*⁸⁴?

⁸⁴ Chocheros, adjudícasele tal concepto a los médicos homeópatas debido a que entre la gente se les conoce como los que recetan "chochos" o píldoras.

Sra. Juana: La naturista. Pues de hecho no se ha dado el caso, no hemos padecido de enfermedad⁸⁵, casi no. Y si al caso la tenemos, no la sentimos, porque bendito sea Dios, nos sentimos muy bien.

Y así ubicaremos tantos ejemplos pasando desde los que confían en que "prevenir es mejor que lamentar" (como los que comen bien, hacen ejercicio, evitan vicios nocivos en la extensión de la palabra), hasta llegar a lo sagrado, mágico, espiritual y la fe; tal como las informantes lo afirmaron, mencionando que antes que nada está Dios, la Virgen, un Santo o el Destino. "Ya estará de Dios, pero por lo mientras yo le pido al Señor que le muestre el camino al médico para que lleve con bien su curación" (Sra. Esperanza, 64 años). El poder curativo de la religión, de la fe en Dios, tiene que estar en continua reactivación, cuando la gente dice rezar u orar o hacer mandas es una expresión de confirmación de su creencia religiosa.

No existe ningún inconveniente, por parte de las informantes, para entremezclar creencias curativas y prácticas médicas mientras se ajusten a las necesidades de curación: "A mí no me importa qué usar o con quién ir, hablando precisamente sobre cómo curarse, mientras remedien el mal, no me importa qué tipo de medicina me dé el doctor, o qué consejo me dé mi vecina" (Sra. Mónica, 26 años). Tomar partido por uno o por varios tipos de prácticas médicas denota la influencia o el valor de las redes sociales, especialmente cuando se discute sobre el tema salud-enfermedad-atención.

⁸⁵ Este concepto de enfermedad lo refiere a una situación grave y tal vez sin esperanzas de salvación, pues decir que "no han tenido el caso" de tener que llegar hasta esa instancia de necesitar otro tipo de medicina, refleja la jerarquía y el lugar que ocupa cada saber médico dentro de la concepción de esta familia, es decir, la medicina alópata ocupa el lugar de preeminencia en cuanto a considerarla como primer medio de atención al presentarse el fenómeno salud-enfermedad, decisión la cual puede estar influida por la formación académica de la Sra. Juana (enfermera en un nivel técnico). Esto indica que las prácticas médicas alternas juegan el papel de última oportunidad para sanarse o cuando la medicina institucional no cuenta con las herramientas o los saberes indispensables para contraatacar ciertas enfermedades como las tradicionales (mal de ojo, caída de mollera, susto-espanto, etc.).

Cuando se habla de la familia y la salud, como acaba de mencionarse, se habla de una mutua relación; por ejemplo "...se acepta que alguna(s) variable(s) de la familia (su estructura, organización, dinámica, o la característica de algún integrante), se relaciona con la enfermedad de uno o varios de sus miembros" (Mercado, 1993:23). Es decir, si la dinámica social de una familia que habita en la ciudad se da con gente del medio rural es muy probable que algunas enfermedades que la aquejen sean no solamente de explicación biologicista sino que algunas demanden "creencias tradicionales" como las antes mencionadas: "el mal de ojo", "el susto", "caída de mollera", etc.

Si se enfermase el padre de familia –el único encargado de aportar los recursos económicos para sobrevivir en conjunto-, si llegara a enfermarse al grado de tener que tomar reposo y por lo tanto no poder ir a trabajar –supongamos que en su caso le pagan por jornada de trabajo factual, o sea, "si chamea le pagan" (Sra. Felipa, 34 años)-, este hecho implica para la familia cuando menos una semana sin dinero para comer, esto conlleva a la familia a tomar medidas alternas de supervivencia, es decir, que la esposa (la madre de la familia) salga a planchar y lavar ropa ajena o busque donde hacer el quehacer de alguna casa, o se puede recurrir a la ayuda de algún familiar para que los mantenga en lo que pasa la crisis.

Las redes sociales se integran por diferentes sectores y actores sociales según la ubicación geográfica, histórica, filial y contextual, y según el grado de interferencia que logren ejercer en el devenir de, en este caso, las señoras que son beneficiadas por el programa Oportunidades; entonces ¿quién, qué, cómo, cuántas veces y de qué manera las familias beneficiadas por ese programa gubernamental actúan en cuanto se presenta el fenómeno salud-enfermedad-atención?

Sin pretender dar una respuesta exacta ni acertada ni mucho menos, por un lado se apuesta a la toma de decisión de una visión del mundo sobre otra porque se espera sea la más atractiva y conveniente para todos, a saber, *por la buena*; para esto debe existir cierta afinidad, o algún sentimiento de identidad⁸⁶, o algún lazo carnal para que un núcleo social, como lo es la familia, comparta, experimente, apruebe y repita acciones y consejos que alguna vez *alguien de peso* le dijo; como lo puede ser el caso de la señora que tenía una tía que curaba en su pueblo, Tolimán, de ella aprendió a curar el "mal de ojo", el "susto-espanto", además de visitar al médico alópata, señora que a su vez experimentó con la práctica médica naturista la cual le dio excelentes resultados a una de sus vecinas-amigas.

La sugerencia que hace Francisco Mercado y Leticia Robles (1993), retomada en el capítulo 2 de este trabajo, es de importancia cuando comentan que la familia puede enfocarse como una unidad ecológica y/o sistemática, donde la familia sería la unidad básica tanto de la sociedad como del complejo salud-enfermedad-atención. Esta postura de análisis centra la discusión del estudio, pues la familia se asume como el sistema productor de la salud o de la enfermedad, sin omitir o por ello quedar sesgado de la continua relación que ésta tiene con el resto de los sectores y actores sociales.

⁸⁶ La sensación de pertenencia o el sentimiento de identidad, es una necesidad básica del hombre, y ésta se conforma o está relacionada con los "...procesos ideológicos: ...conjunto coherente de representaciones, valores y creencias que fijan un universo relativamente coherente no sólo en una relación real entre los hombres, sino también en una relación imaginaria. Es decir, configura un discurso coherente, construido también para eliminar las contradicciones existentes en un sistema social, que posee una naturaleza sistemática, integrada, capaz de contener saberes organizados para ciertos fines, económicos, políticos, estéticos, etc., y que pueden ser conscientes e inconscientes (Méndez y Mercado, 1990:64-65).

El individuo, el grupo social, como la familia están en contacto con otros individuos, grupos sociales y familias, es decir, éstos "...se mueven en una complicada red de relaciones interpersonales. Cada relación implica comunicación e interdependencia. Algunas relaciones son importantes para la seguridad personal. Nos necesitamos unos a otros para realizarnos y para sobre vivir: es una ley de la vida humana" (Goodman, 1972:128).

Una forma de interactuar de las familias-muestra con los demás sectores sociales es a través del establecimiento y mantenimiento de redes de apoyo con familiares, amigos, vecinos y conocidos, esto a su vez facilita a encontrar respuestas a problemas cotidianos y a contar con un respaldo en momentos excepcionales o de emergencia –como a veces se presenta en el proceso salud-enfermedad.

Uno de los factores que intervienen en el conocimiento y en la acción de la familia con respecto al fenómeno salud-enfermedad-atención, tiene que ver con la procedencia natural (o sea de nacimiento) y social (lo que las circunstancias históricas han intervenido en el devenir de la familia).

Es decir, la procedencia étnica interviene en las decisiones de la vida y la salud-enfermedad, para ello se cita a Mario Humberto Ruz quien expone el caso de una comunidad rural donde "...la organización social está principalmente basada en los grupos de parentesco, y en particular, en la familia extensa. Por ello, la anuencia familiar es importante cuando lo que está en juego es la vida de alguno de sus miembros. Como cualquier médico local podrá comprobar, un individuo de la comunidad nunca se presenta solo a consulta; no importando su sexo, su edad o la gravedad de su padecimiento, dos o más miembros de su familia le acompañan. La salud es un asunto social" (en Campos, 1992:195).

La mujer posee todo un cúmulo de conocimientos, los cuales se funden a la hora de tener que actuar frente a la enfermedad, a lo cual en este trabajo se le denomina medicina doméstica.

Las señoras del Oportunidades, aparte de los consejos del sector salud, recibieron una educación directa y ejemplificada sobre salud en su hogar, es decir, la madre y la abuela le decían, a la señora qué té servía para el dolor de panza, o qué yerbas ayudaban a reducir los dolores de garganta, etc., además de ver y/o auxiliar en la preparación y aplicación de los remedios les ha dejado una huella representativa en su relación a la hora de confrontar el fenómeno salud-enfermedad.

Las informantes aprenden a curar de diferentes maneras, por eso, ir al médico, escucharlo y observarlo sirve para ahorrarse una nueva cita con él, pues sus experiencias con éste, de alguna manera las reproducen en el ámbito casero.

3.2. La generalidad: "lo que (casi) siempre nos preguntan"⁸⁷.

Aquí se realiza un análisis de los principales resultados de la investigación de campo, con el propósito de mostrar una parte de los factores que influyen en la práctica médica doméstica de la población de estudio del trabajo. Se pretende observar la transición en materia de salud social y económica que está aconteciendo al interior de los hogares de las amas de casa con quienes tuvimos contacto, esto con la finalidad de acercarse a la comprensión e implicaciones del proceso salud-enfermedad-atención que les rodea, y señalar la interacción de distintas prácticas médicas al interior de la unidad doméstica, así como indicar que la práctica médica doméstica es un recurso para la salud de las amas de casa que interactúan en el "Oportunidades".

⁸⁷ Expresión coloquial que manifestaron algunas de las informantes cuando empezábamos a preguntarles sobre su colonia habitacional, edad, estado civil, escolaridad y servicios con los que cuentan.

A continuación se abordan los principales resultados expresados en porcentajes y su comprensión correspondiente a las encuestas aplicadas con las amas de casa básicamente sobre ciertos elementos generales, tales como, unidad habitacional, escolaridad, edad, estado civil, etcétera, con la intención de que aporten elementos para un mejor entendimiento de la población objeto de estudio, debido a que, dichos datos conjuntados en un estudio de este tipo no existen en este Centro de Salud para esta población en particular y solamente el personal de salud de este centro maneja esta información con base en suposiciones bajo el entendido de que son personas que habitan en ciertas colonias y barrios de la ciudad, que no tienen escolaridad y que están "necesitadas".

El interés es dirigir la comprensión hacia la permanencia de la práctica médica doméstica como también alrededor de la influencia que puede tener estos factores en el distanciamiento con el MMH.

3.2.1. Dónde viven las amas de casa.

El área geográfica contextual donde se ubica el lugar de residencia de nuestras informantes (Querétaro), como se pudo ver, se detalló en el capítulo 1. Por lo cual el interés ahora se centra en mostrar su distribución de acuerdo a las colonias habitacionales correspondientes.

Las amas de casa encuestadas con sus respectivas familias residen en diferentes barrios o colonias de la ciudad de Querétaro. Los porcentajes más representativos de su distribución se expresan a continuación: San Francisquito, el 17.1%; le sigue la colonia Lindavista, con el 16.7%; la colonia España, con el 13.7%; Hércules⁸⁸ con el 12.8%.

⁸⁸ Hércules es considerada como una sola colonia sobre el entendido que generalmente las personas en esta zona se asumen más de un barrio que de la colonia. Lo que hay que resaltar es que el mayor porcentaje dentro de este lugar se ubica de las vías del tren hacia arriba en lo que corresponde a la colonia 2 de abril.

Lo anterior es solo para indicar que no existe una zona habitacional significativamente predominante, más bien, para un mejor entendimiento sobre la ubicación de la población habría que manejarlo por área, debido a que si conjuntamos colonias y/o barrios prácticamente adyacentes como: Lindavista el 16.7%, España el 13.7%, La Trinidad el 4.3%, Santa Catarina el 8.1% y San Gregorio el 5.1%, tenemos que en esa área se localiza el 47.9% de nuestra muestra. El restante porcentaje (para completar el 100%) se encuentra más disperso en colonias y/o barrios como San Francisquito, con el 17.1%, Hércules, con el 12.8%, y La Comerciantes, con el 3.8%, la suma equivale al 33.7%. El resto, o sea, 18.4% se va a dividir, con porcentajes menores a un 3%, en colonias como: La Piedad, El Retablo, el Centro, Casa Blanca, Villas del Sol, las Peñas, Palmas, Vista Alegre, Aragón, Popular, Alcanfores y La Florida (ver cuadro 1).

CUADRO 1
Colonias y/o barrios de las amas de casa

<i>Colonia y/o barrios</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Sta. Catarina	19	8.1
San Francisquito	40	17.1
La Trinidad	10	4.3
San Gregorio	12	5.1
España	32	13.7
Lindavista	39	16.7
Hércules	30	12.8
Comerciantes	9	3.8
otras	43	18.4
Total	234	100.0

Fuente: Elaboración propia

NOTA: Todos los cuadros de este capítulo provienen de la encuesta aplicada a beneficiarias del programa Oportunidades en el Centro de Salud Dr. Pedro Escobedo de la Cd. de Querétaro, septiembre-diciembre de 2003.

No todas las familias son originarias de la ciudad de Querétaro, ni han habitado toda su vida en sus hogares actuales, por eso, sobre el tiempo que tienen radicando en la ciudad, casi la mitad (el 49.6%) ha sido su constante vivir en ella. Del porcentaje restante: el 20.1% tiene entre 11 y 20 años viviendo en la ciudad, el 19.1% tiene más de 21 años, mientras que el 11.2% tiene entre un par de meses hasta 10 años (ver cuadro 2 en página siguiente). La gente que cambia de lugar de residencia son quienes experimentan el impacto cultural, el cual implica cambiar de aires sociales y locales: nuevos vecinos, nuevas maneras de actuar en la calle, en eventos y espacios culturales y de esparcimiento, nuevo contorno, etcétera; con lo cual la práctica médica doméstica también se ve afectada.

CUADRO 2
Tiempo de radicar en Qro.

<i>Lapso</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
siempre	116	49.6
(-) un año	2	.9
1 - 5	10	4.3
6 - 10	14	6.0
11 - 15	24	10.3
16 - 20	23	9.8
21 - 25	10	4.3
más de 25	35	14.8
Total	234	100.0

Fuente: Elaboración propia.

Comparar las cifras anteriores con el tiempo que tienen viviendo en su domicilio muestra una inclinación de la movilidad del lugar de residencia de la familia, ya que el 18.4% nunca ha cambiado de domicilio (en estos casos no se mudan de espacio habitacional porque al formarse la nueva familia, ésta es acogida en la misma casa de los padres-suegros en la que han vivido toda la vida), el 12.4% tiene más de 20 años en el mismo domicilio, el 22.2% entre 11 y 20 años, entre tanto, el 47%, casi la

mitad de la población-muestra, tiene apenas entre un par de meses y 10 años. Si fraccionamos este último dato tenemos que, el 30% tiene de un par de meses a cinco años, y de seis a 10 años, un 17.1% (ver cuadro 3).

CUADRO 3
Tiempo de radicar en su domicilio actual

<i>Lapso</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
siempre	43	18.4
(-) un año	8	3.4
1 - 5	62	26.5
6 - 10	40	17.1
11 - 15	32	13.7
16 - 20	20	8.5
21 - 30	15	6.4
30 en adelante	14	6.0
Total	234	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Para la mayoría de las familias la inestabilidad del espacio o su constante cambio de residencia es debido a que carecen de una vivienda propia, tanto porque proceden de otros lugares y/o por su propia condición social y económica (pues tienen que mantener a sus hijos y/o los empleos son poco remunerados e inestables⁸⁹). Según los resultados el 39.7% rentan, el 18.4% tiene una vivienda prestada (ver cuadro 4).

CUADRO 4
La condición de su vivienda es:

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
propia	67	28.6
rentada	93	39.7
prestada	43	18.4
familiar	14	6.0
intestada	9	3.8
otra	8	3.4
Total	234	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

⁸⁹ Estos aspectos se precisan más adelante.

El acceso a una vivienda propia para estas familias, lo perciben a través de: la ayuda que pueden brindarle sus familiares, alguna herencia, un predio que se les regale, un programa social del Gobierno, un tipo de financiamiento o comprar un terreno en predios donde a penas se esté urbanizando y en el que carecen de casi todos los servicios públicos básicos (agua, luz, drenaje) y que tienen que adquirirlos paulatinamente, por lo cual, tienen que empezar a construir poco a poco de acuerdo a sus posibilidades. Esta última es una dinámica que algunas de las informantes ya lo vivieron y otras se encuentran en esa dinámica. Las colonias habitacionales que muestran este proceso son: principalmente la colonia "2 de Abril" en Hércules y La Comerciantes.

Lo anterior se distingue en el testimonio de la Sra. Leonila de 52 años de edad originaria de la comunidad Purísima de San Rafael del municipio de Villa Corregidora, Querétaro, quien a los 13 años aprendió a leer y escribir tomando clases debajo de un árbol, en la comunidad también se dedicaba a las labores agrícolas. A los 17 años se le presenta la oportunidad de trabajar en la ciudad de Querétaro como empleada doméstica de planta, a los 20 años queda embarazada de un hombre unido en matrimonio con otra mujer, el cual no se hace cargo de ella ni de su bebé, eso le provoca buscar donde habitar y se le presenta la ocasión de irse a vivir (hace 30 años) a la colonia "2 de Abril", en pleno cerro, donde no existía servicio alguno; incluso ella y otros vecinos tuvieron que hacer el camino⁹⁰.

La colonia habitacional "2 de Abril" en el lapso de 1975-2003, según su testimonio, se han introducido los servicios básicos (agua, luz, drenaje,...) y gracias a su trabajo (que sigue siendo el mismo) ha construido dos cuartos, su baño, no obstante menciona: "Estamos un poco amontonados debido a que vivo con mi hijo, mi nuera y dos hijos de ellos.

Mi hijo es alcohólico y su trabajo (de él) es muy inestable, por lo que nosotras nos encargamos de todas las necesidades del hogar de acuerdo a nuestras posibilidades” (Sra. Leonila, 52 años).

A manera de recapitulación de esta última parte, el 71.4% carece de una vivienda propia. El restante 28.6% (ver cuadro 4) son las que cuentan con un hogar propio. Del total de la muestra, el 8.0% cuenta con todos los servicios básicos, más teléfono y telecable (televisión por cable). El 70,5% cuenta solamente con los servicios elementales (agua, energía eléctrica, drenaje y gas), el 15% carece de agua entubada, mientras el 4.1% no tiene drenaje y tres amas de casa no cocinan con gas L. P. (ver cuadro 5 en la siguiente página).

CUADRO 5
Servicios públicos con los que cuentan

<i>Servicios</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
agua, luz, drenaje y gas	165	70.5
sin agua	35	15.0
sin drenaje	10	4.3
sin gas	3	1.3
sin dos o más servicios básicos	2	0.9
básicos y algún otro	19	8.0
Total	234	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

⁹⁰ Esta colonia por estar en el declive de un cerro hace que otras personas como doña Leonila estén viviendo un proceso similar al que ella vivió.

El 73.5% sólo tiene de uno a tres cuartos, incluyendo la cocina, para alojar entre cuatro y siete integrantes de la familia (ver cuadro 6).

CUADRO 6
Cuartos que tiene su vivienda

<i>Núm. de cuartos</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
1	39	16.7
2 - 3	133	56.8
4 - 5	46	19.7
6 a más	16	6.8
Total	234	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

El 46.1% no cuenta con baño y con regadera e incluso hay cuatro casos que sólo cuentan con letrina y uno que ni con letrina cuenta (ver cuadro 7).

CUADRO 7
Cuenta con baño con regadera

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
si lo tienen	123	52.6
sólo WC	107	45.7
sólo letrina	4	1.7
Total	234	100.0

Fuente: Elaboración propia.

Lo anterior muestra una importante tendencia al hacinamiento sin tomar en cuenta los materiales y condiciones de construcción de la vivienda, ni la edad de la personas que la habitan. Estas cuestiones por ser preguntas que les hacen al integrarse al Oportunidades, fue repetitivo que dijeran: "...si quiere comprobar lo que le digo, vaya a mi casa para que vea que vivo así" (Sra. Ma. Pueblito, 46 años).

Con relación al lugar en donde habitan, manifestaron situaciones como las siguientes: una ama de casa, de 36 años, vive en la colonia España, separada de su marido, mantiene tres hijos de 12, 9 y 3 años respectivamente, se dedica a hacer trabajos de costura e indica lo siguiente: "Vivo en una casa que no tiene escrituras, la cual comparto con mi hermana que es madre soltera que tiene dos niñas, donde ocupo dos cuartos para mi y mis tres hijos" (Sra. Ma. Del Carmen, 36 años).

Otra señora, de 46 años, renta una vivienda con tres cuartos, en una vecindad en San Francisquito, tiene ocho hijos que van de los 25 a los seis años, los cuales todos viven ahí mismo y a parte dos más (de 7 y 10 años) de su hija mayor que es madre soltera. Quien afirmó: "en la vecindad viven como otras doce familias, actualmente está en proceso de desalojo por sus condiciones, incluso una pared de un cuarto ya se cayó (son de adobe), así que cuando llueve estoy a la expectativa... aparte sufrimos de inundaciones porque no hay coladeras y para bañarte tienes que meter tu botecito y tu manguerita al cuarto" (Sra. Josefina, 46 años).

3.2.2. ¿Estudian o cuidan hijos?

De acuerdo al grado de escolaridad, el 23.5% cuenta con su primaria terminada y otro 23.5% no concluyó este nivel, el 17.5% tiene secundaria terminada, mientras el 10.8% no completó su secundaria. El 13.6% (32 casos) no cuentan con escolaridad alguna, de los cuales el 3.8% manifestó saber leer y/o escribir, por lo cual el restante 9.8% mencionó no saber leer ni escribir y se ubican principalmente dentro de las personas mayores de 50 años, no obstante, existen alrededor de cinco casos que cuentan entre 20 y 26 años con esa situación. El 6.4% dijo tener una carrera técnica y/o comercial como secretaria o cultora de belleza, la cual no ejercen y se dedican a ser amas de casa exclusivamente (en este caso son 5), o trabajan de empleadas domésticas (ejemplificándose con 2

casos) o una es comerciante y una más obrera. Existen siete casos (el 3%) con estudios de preparatoria (sólo tres la terminaron) y cuatro (el 1.7%) con estudios de nivel técnico y superior, por ejemplo de enfermería o antropología inconclusos (ver cuadro 8, página siguiente).

Los motivos por los que no continuaron sus estudios o se vieron frustrados, el 49.1% coincide en que lo que les dificultó iniciar, terminar y continuar con sus estudios fue por falta de recursos económicos, lo cual las orilló a tener que trabajar para poder procurarse los elementos básicos para vivir: alimentación, vestido y vivienda (en la encuesta, el 30.3% indicó por falta de recursos económicos y el 18.8% por tener necesidad de trabajar).

CUADRO 8
Grado de escolaridad

<i>Escolaridad</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
sin escolaridad	23	9.8
sabe leer y/o escribir	9	3.8
primaria completa	55	23.5
primaria incompleta	55	23.5
secundaria	41	17.5
secundaria incompleta	25	10.8
preparatoria	3	1.3
preparatoria incompleta	4	1.7
carrera técnica o comercial	15	6.4
otras	4	1.7
Total	234	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

El 20.5% hizo referencia a su condición de género, es decir, de este porcentaje el 9.8% no contó con la escuela suficiente por la falta de interés de los padres: el 2.6% por tener la necesidad de cuidar a sus hermanos y

el 8.1% aludieron a que les perjudicó la época y el lugar de nacimiento, no estudiaron más de lo que hubiesen deseado o querido ya que, según sus padres "... las mujeres habían sido hechas para casarse, procrear y mantener una buena familia, así que en sus tiempos no se usaba que las mujeres fueran a la escuela ya que era una pérdida de tiempo y dinero si al fin de cuentas su destino era ser mantenidas y protegidas por algún fulano" (Sra. Má Guadalupe, 44 años).

El 10.3% afirmó que ya no quería seguir estudiando, el 9.8% porque se casó, el 6% por la falta de escuela en la localidad donde vivían y el restante 4.3% (10 casos) por diferentes motivos como por ejemplo, quedar embarazada o reprobado materias (ver cuadro 9, página siguiente).

CUADRO 9
Qué le impidió continuar sus estudios

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
ya no quiso seguir estudiando	24	10.3
tuvo necesidad de trabajar	44	18.8
quedó embarazada	2	.9
se casó	23	9.8
falta de recursos económicos	71	30.3
falta de escuela	14	6.0
porque la mujer no iba a la escuela	19	8.1
desinterés de los padres	23	9.8
por cuidar a sus hermanos	6	2.6
otros motivos	8	3.4
Total	234	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

En el cuadro anterior habría que tomar en cuenta la importancia que ha tenido el Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (INEA) que les ha permitido a varias mujeres adscritas al "Oportunidades" aprender a leer o escribir, terminar o continuar sus estudios.

La edad de las amas de casa encuestadas varía de los 21 años hasta señoras que rebasan los 60 años. No obstante el 45.3%, casi la mitad, están entre los 31 y 40 años (ver cuadro 10).

CUADRO 10.
Edad de las amas de casa

<i>Edad</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
21 - 25	8	3.4
26 - 30	42	17.9
31 - 35	60	25.6
36 - 40	46	19.7
41 - 45	24	10.3
46 - 50	19	8.1
51 - 60	17	7.3
(+) de 60	18	7.7
Total	234	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Las mujeres-madres de este rango tiene características que se relacionan con el proceso salud enfermedad (afectando la practica médica doméstica) tal como lo cita la Dra. Lilian González (para ese rango) en cuanto a que ellas cuentan con "... una reapropiación cultural de los saberes provenientes de mujeres más experimentadas en su red social de referencia... **incorporan** a ese sustrato cultural rural-popular los conocimientos provenientes de su *nuevo acceso a la cultura*, desde aquel vinculado a su periodo formativo escolar, además de esquemas de educación sanitaria, otros mecanismos metales y racionales que influirán en la toma de decisiones y cursos de acción , hasta aquel proveniente de

los eventos de la enfermedad asistidos con referentes de la biomedicina (médicos, mostradores de farmacias, entre otros.) y también el que procede una nueva oferta cultural en relación con la salud, originada en la sociedad de consumo, es decir, a partir de nuevos productos adquiridos en farmacias, tiendas naturistas, redes domiciliarias y medios de comunicación masiva” (González, en Mercado y Torres, 2000:186).

Referente al número de hijos con que cuentan el 53.9% tiene entre 2 y 3 hijos (ver cuadro 11).

CUADRO 11
Número de hijos de las amas de casa

Número	Frecuencia	Porcentaje
ninguno	9	3.8
1	18	7.7
2	50	21.4
3	76	32.5
4	40	17.1
5	21	9.0
6	11	4.7
7 a más	6	2.6
8	3	1.2
Total	234	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Estas cifras están cercanas a la tasa global de fecundidad que expone el Consejo Nacional de Población (CONAPO) para el 2002 con 2.3 hijos por mujer y si lo comparamos con el año de 1970 hay una diferencia de 4.4 hijos menos.⁹¹ Por otra parte, si tomamos como variables la edad del hijo mayor, en donde el 53% varía entre los 7 y los 15 años y la edad del hijo menor en esa misma escala de edad responde al 42.8% (ver cuadro 12), podemos inferir que el grupo más representativo de nuestra población son amas de casa cuya edad varía entre 30 y 40 años, con un promedio entre 2 y 3 hijos, cuyas edades fluctúan entre los 7 y los 15

años, lo que influye para decir que una de las políticas públicas dirigidas hacia la mujer (la Planificación Familiar) iniciada en la década de los sesenta ha rendido sus frutos y ha conducido a la sociedad hacia una transición demográfica (Rico, *s/f*:247), así como a modificar la relación con el proceso salud-enfermedad al interior de la unidad familiar.

CUADRO 12
Edad del hijo mayor y del hijo menor

<i>Edad del hijo mayor</i>	<i>Frec.</i>	<i>Porc.</i>	<i>Edad del hijo menor</i>	<i>Frec.</i>	<i>Porc.</i>
No hay	6	2.6	No hay	6	2.6
1 - 3	2	.9	1 - 3	8	3.4
4 - 6	9	3.8	4 - 6	46	19.7
7 - 12	88	37.6	7 - 12	49	20.9
13 - 15	36	15.4	13 - 15	83	35.5
16 - 18	39	16.7	16 - 18	17	7.3
19 - 25	21	9.0	19 - 25	5	2.1
más de 25	31	13.2	más de 25	4	1.7
Total	232	99.1	Total	14	6.0
No tuvo respuesta	2	0.9	No tuvo respuesta	2	0.9
Total	234	100%	Total	234	100%

Fuente: Elaboración propia.

Las políticas públicas en salud dirigidas hacia la mujer en el ámbito rural y urbano han introducido en un proceso de medicalización que ha impactado la práctica médica realizada en el hogar. Esto no implica que la relación se haya dado de manera horizontal, sino que la mujer pobre de la ciudad, y más aún la del campo, resultaba ser la más pobre entre los pobres y había que integrarla a los procesos del "desarrollo" (De Los Ríos, 1993:3), así que dinámica en el proceso salud-enfermedad del MMH hacia la mujer se dio y quizá sigue dándose básicamente de forma vertical.

⁹¹ Fuente: www.funsalud.org.mx y Diario de Querétaro, lunes 8 de marzo de 2004, pág. 3B.

La edad de las mujeres-amas de casa encuestadas se puede relacionar con la edad y el número de hijos que habitan en la misma casa porque así se vería la obligación de las mismas y de sus familiares (el esposo regularmente) de cómo y bajo qué circunstancias podrán introducir y mantener en su familia aspectos como la educación vestido, alimentación y vivienda. A la vez, la edad de las amas de casa y el número de hijos se relaciona con la edad de estos últimos porque manifiesta el tipo de gasto especializado para sustentarlos, o sea, si son hijos con 3 o 4 años de edad, requieren cuidados higiénicos y atención especial en comparación a aquellas familias donde los hijos están en edad de cuidarse y asumir responsabilidades por y para sí mismos (como a partir de los que van a nivel primaria y secundaria).

La familias que cuentan con hijos mayores de 15 años, entran en una dinámica donde ellos pueden contribuir con el gasto familiar, o sea, hay miembros en edad productiva y que por necesidad o por motivos personales entran al mundo laboral, lo cual beneficia a la familia en su totalidad, ya que estos integrantes pueden colaborar con el alimento en el hogar, comprarse su ropa, el esparcimiento y la recreación, el mejoramiento físico del espacio familiar y la salud. Además, una de las ventajas de contar con miembros responsables en la familia es que pueden contribuir en el orden y el aseo del hogar y de los demás integrantes de la familia.

3.2.3. Mantenerse en pie.

En cuanto al estado civil de las amas de casa encuestadas, se tiene que el 71% cuenta con un esposo o una pareja, mientras que el 29% restante, no tienen o están en otra relación consensual, en este sentido, las madres solteras ocupan el 12.4%, las divorciadas y separadas, el 10.2%, y el 6%, las viudas (ver cuadro 13).

CUADRO 13
Estado civil

<i>Estado civil</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
madre soltera	29	12.4
casada	131	56.0
separada	16	6.8
divorciada	8	3.4
viuda	14	6.0
unión libre	35	15.0
otro	1	.4
Total	234	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

La mujer/ama de casa tiene que enfrentar la responsabilidad económica del hogar completamente sola en el 17.2% de los casos, y con ayuda de un tercero, el 12.8% (ver cuadro 14).

Ese 17.1% casi coincide con las cifras de hogares con jefatura femenina que se daban para México en el año 2000 con 17.2% (Rico, s/f: 245), mientras para el 12.8% resulta primordial el apoyo económico de la familia, o del propio programa Oportunidades.

CUADRO 14
Quién contribuye para el gasto familiar

<i>Aportan</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
ella	40	17.2
esposo/pareja	60	25.6
ella y esposo/pareja	74	31.6
ella, esposo e hijos	6	2.6
ella e hijo (s)	15	6.4
esposo e hijo (s)	9	3.8
otros	30	12.8
Total	234	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Del total de la muestra, las mujeres que contribuyen económicamente en el hogar es el 57.8%, frente al 42.2% (ver cuadro 14) que, mencionan no aportar dinero, por tanto esta actividad la delegan al esposo y/o hijo(s), o algún otro familiar generalmente.

El vivir en pareja aminora la carga de tener que mantener y procurar a la familia; además sobrellevar una familia en pareja provee de mayores herramientas para educar y estar al pendiente de la prole, porque ser dos en la manutención y el cuidado de los hijos puede rolarse o como regularmente se hace en la familia mexicana: un@ trabaja y busca el sustento y la otr@ cuida, educa y está al pendiente de los hijos.

Los empleos remunerados económicamente que realizan las amas de casa son: como empleadas, el 20.5%; como empleadas domésticas, el 17.5%; quienes trabajan por su cuenta (haciendo manualidades o vendiendo frituras), el 11.1%; de comerciantes, el 8.5%; como obreras, el 3%; y el 2.6% a otra actividad diferente a las mencionadas (ver cuadro 15).

CUADRO 15
Actividad laboral de la mujer

<i>Actividad</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
ama de casa*	86	36.8
empleada	48	20.5
obrero	7	3.0
trabaja por su cuenta	26	11.1
comerciante	20	8.5
empleada doméstica	41	17.5
otro	6	2.6
Total	234	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Nota: * Esta es una actividad laboral no asalariada.

El trabajo como empleadas va desde laborar para una empresa (Servicio Panamericano de Protección, calendarios Landín, en una gasolinera, telas Parisina, etcétera), hasta ser empleada en un pequeño taller de costura, en un local de algún centro comercial, en alguna cocina económica, como camarista de un hotel, ayudarle a algún familiar en su negocio, entre otros.

En lo que respecta al trabajo doméstico, hay quienes se quedan a dormir en la casa donde laboran y sólo tienen uno o dos días de descanso; están las que únicamente van de uno a cuatro días de la semana a una sola casa hasta las que trabajan en varios hogares en diferentes días de la semana.

El Trabajo "por su cuenta", se refiere a las que principalmente se dedican a lavar y planchar ajeno en su propio domicilio, las que le ayudan a su marido en su oficio (como la jardinería o la albañilería), así como hacer trabajos de costura en su casa.

Dentro de las actividades comerciales que realizan están la venta de frituras (dulces, chicles, chicharrones,) en canchas deportivas o afuera de las escuelas, venta de adornos para el pelo en los tianguis, comercialización de cosas usadas (ropa y zapatos, primordialmente), venta de pan, tamales o tacos en las inmediaciones del mercado.

Las que son obreras trabajan en empresas de elaboración de productos electrodomésticos o de partes automotrices (Applica, Hilex, entre otros), donde generalmente tienen que rolar turnos y están por contrato temporal.⁹²

⁹² El empleo de su pareja o esposos sigue tendencias muy similares a las de ellas: resaltando en primer lugar que el 34.2% de las encuestadas carece de apoyo económico por parte del esposo/pareja. Los que contribuyen se distribuyen de la siguiente forma: el 27.4% son empleados (del municipio, de una empresa de limpieza, de alguna línea de gas LP, de algún taller de tapicería o carpintería), el 23.2% trabaja por su cuenta, donde la mayoría, o sea, 13.3 % se ubica en el ramo de la construcción (albañil, pintor, yesero,) y el resto como aluminero, barnizador, jardinero, etcétera. El 7.3% son obreros y el 2.1% son comerciantes (ver cuadro número 16).

CUADRO 16
Actividad laboral remunerada del esposo/pareja

<i>Actividad</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
no tiene*	80	34.2
empleado	64	27.4
obrero	17	7.3
comerciante	5	2.1
trabaja por su cuenta	24	10.3
ramo de la construcción	31	13.2
jubilado	3	1.3
otras actividades	10	4.3
Total	234	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Nota: Esta categoría abarca desde las que no cuentan con esposo/pareja, el esposo está desempleado o no contribuye económicamente

Lo anterior, tanto en la actividad económica de la amas de casa como de su esposo/pareja, da cabida a lo que menciona Rebeca Sánchez Fernández en La Jornada (2004): "Se considera que el país enfrenta los retos de la globalización y la modernidad, o sea, se dirige hacia una flexibilización laboral y que por consecuencia los patrones negocien la ocupación del personal en condiciones más laxas"⁹³. En relación a esto Ulrich Beck dice: "...mientras más relaciones laborales se regularizan y se flexibilizan más rápidamente se transforma la sociedad laboral en una sociedad de riesgo" (Beck, 2000:11).

Las condiciones laborales en las que se desenvuelven las mujeres de "Oportunidades" reflejan una entrada económica inestable e insegura. Esto puede resultar obvio por su condición social baja, no obstante, la reflexión debe dirigirse en las siguientes direcciones: alrededor de los padecimientos propios de la mujer trabajadora, producto de su doble carga

⁹³ Fuente: Sánchez Fernández, Rebeca, "Protección laboral limitada", No. 27, Suplemento semanal de La Jornada. La Jornada en la Economía, México, 18 de octubre de 2004, pág. 7.

laboral que implica su empleo remunerado y su trabajo doméstico en el hogar (lavar, planchar, hacer comida, ir al mercado, cuidar a los niños, entre otros). El que ella tenga la mayor responsabilidad en las actividades domésticas aunado a su posición social, da cabida para una mayor inclinación hacia empleos mal pagados, más bien precarios, inflexibles y desprovistos de derechos legales, que si bien pueden tener un nivel bajo de riesgo de accidentes, por el contrario, pueden tener un alto riesgo para padecer enfermedades derivadas de esa doble responsabilidad laboral, que por lo general hacen que se les manifiesten patologías después de un largo y lento proceso de desarrollo (Díaz, 2002:2,3)⁹⁴.

En ese contexto no hay que perder de vista que para esta investigación, el 34.2% de las familias encuestadas no tiene apoyo económico por parte de una pareja o esposo (ver cuadro 16); y por otra parte, hay otras donde en este momento el esposo no cuenta con medios para contribuir en el gasto del hogar, como el caso de doña Angélica de 28 años con tres hijos (de 10 años, de 8 años y el tercero de 8 meses): “Mi esposo lleva un mes sin trabajar, ya se venció la renta, quisiera salir a trabajar, eso les venía diciendo a mis hijos cuando veníamos acá, que si podían cuidar al niño (de 8 meses) para que yo pudiera salir a lavar”.

A lo anterior faltaría añadirle que por su actividad laboral, mala calidad en la atención de enfermedades, exceso de trámites, escasez de dinero, falta de tiempo, la forma de atender las enfermedades y sacrificio (aspectos que manifestaron durante la investigación), la mujer tiende a postergar la atención a sus padecimientos y los de su familia hasta que el desarrollo de los síntomas alcanza situaciones de gravedad.

⁹⁴ La misma autora menciona: “El impacto en la salud de la mujer por ser dobles trabajadoras se asocia a una mayor presencia de enfermedades lumbares, circulatoria y tensionales, debido a que, buena parte de los trabajos de la mujer implica periodos secuenciales de ocupación, una remuneración económica menor a la de los varones, desprotección laboral y que los malestares psicológicos de la mujer aumenten cuando no tiene empleo, ya que por ejemplo: asocia estar solamente en el hogar con la rutina, la soledad, el aislamiento y la falta de ingresos” (Díaz, 2002:3).

Entonces habría que cuestionar si tales situaciones pueden provocar un mayor fortalecimiento y práctica médica doméstica, y si esta práctica sólo es reducida a la automedicación, o bien, no es reconocida por el MMH, ¿acaso eso no repercute en una ausencia de diálogo y por ende en un mayor distanciamiento entre el prestador de los servicios de salud y sus usuarios?

3.2.4. Mi tierra.

En cuanto al lugar de nacimiento de la población muestra, el 49.6% lloró por primera vez al salir del paraíso llamado útero en la ciudad de Querétaro, mientras el 50.4% lo hizo fuera de ésta (ver cuadro 17).

CUADRO 17
Lugar de nacimiento de las amas de casa

<i>Lugar donde nació</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Ciudad de Querétaro	116	49.6
Fuera de la ciudad de Qro.	118	50.4
Total	234	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Como se puede observar es ligeramente superior la cifra de las nacidas fuera de la ciudad de Querétaro, de las cuales, los principales sitios de procedencia de acuerdo a su lugar de nacimiento son: de municipios del propio Estado o comunidades cercanas a la ciudad de Querétaro, con el 22.6%; del Estado de Guanajuato, el 11.1%; del Estado de México son el 5.1%; y del resto de los Estados provienen el 11.6% (ver cuadro 18).

CUADRO 18
Lugar específico de nacimiento

<i>Lugar donde nació</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Cd. de Querétaro	116	49.6
Municipios de Qro.	54	22.6
Edo. de Guanajato	26	11.1
Edo. de Michoacán	4	1.7
Edo. de San Luis Potosí	1	.4
Edo. de México	12	5.1
Distrito Federal	7	3.0
Edo. de Hidalgo	1	.4
Edo. de Veracruz	4	1.7
otro	10	4.4
Total	234	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Hay que resaltar de este último dato la gran variedad de Estados de la República de donde proceden, tales son los casos de: el Distrito Federal, Tabasco, Veracruz, Oaxaca, Hidalgo y San Luis Potosí. Coincidentemente su extracción es rural o incluso indígena (cuatro casos conservan su lengua materna) de la gran mayoría, ya que no provienen de las capitales o grandes ciudades de esas entidades, por el contrario, provienen de municipios o comunidades rurales como: en Querétaro, del municipio de Huimilpan provienen de Apapátaró y Piedras Lisas; del Estado de Guanajuato, de Xichú, Dr. Mora y Tierra Blanca; del Estado de México, de Jilotepec, Aculco y Tulpetlac, así como de la comunidad de Zapotillos en San Luis Potosí, Tlaxiaco en Oaxaca, Papantla en Veracruz, entre otros.

Estos resultados ponen de manifiesto un fenómeno que se ha dado en el mundo entero, ya que es reconocido que ha habido un cambio en la concentración de la población mundial, de tal forma que ya en el año 2000 se calculaba que el 80% de ésta se ubicaría en las ciudades (Roderick, 1996:395). La ciudad de Querétaro no ha escapado a esa dinámica y se ha convertido en un polo de atracción.

Es importante resaltar en ese mismo sentido, y en correspondencia con el pensamiento de Lawrence J. Roderick que: "Una inmigración alta hacia una ciudad implica una enorme presión hacia los servicios médicos y de asistencia social, donde la coerción va dirigida hacia el entorno social, pero también hacia la dinámica de la propia institución (del MMH)" (Roderick 1996: 395). Alrededor de la influencia dirigida hacia el entorno social, comprende tensionar el mercado laboral y de la vivienda, lo cual también afecta al proceso salud-enfermedad-atención, por ejemplo: en algunas ciudades de Europa el hacinamiento ha propiciado malas condiciones de higiene y el aumento de enfermedades como la tuberculosis, en México, causas similares se le atribuyen a la propagación del mal endémico de la hepatitis⁹⁵.

En relación a la presión que somete la inmigración a las instituciones de salud, hoy día es un fenómeno bastante complejo y no es nuestro objetivo analizar, por el contrario, lo que interesa resaltar es el proceso social en donde no hay que tomar posturas colonialistas como, "se va a hacer lo que yo diga", más bien, haya que apelar al juicio hipocrático en relación al proceso salud-enfermedad, que dice: "No debe de avergonzarnos el tomar del pueblo todo aquello que puede ser útil para el arte de curar"⁹⁶.

⁹⁵ "De enero a octubre de 2004 se han registrado 13, 425 casos de los diversos tipos de hepatitis: SSA". Fuente: Cruz Martínez, Ángeles, "Hepatitis A, mal endémico asociado a la miseria". La Jornada, sociedad y justicia, México, domingo 24 de octubre 2004, pág.44,.

⁹⁶ Fuente: "Relación intercultural con la medicina tradicional". www.salud.gob.mx, junio de 2004.

El que las amas de casa utilicen los recursos terapéuticos que estén al alcance para superar el estado patológico es una característica de la práctica médica doméstica, por ello debería aprovecharse y revalorarse este hecho en relación al conocimiento en el proceso salud-enfermedad-atención, pues hay quienes que por su medio social y su lugar de origen, poseen diferentes elementos de su cosmovisión para afrontar la enfermedad, como lo evidenció la señora Juana de 35 años, originaria del sur de Veracruz: "En este año (2003) al regresar de mi tierra, mi hijo de tres años llegó con la conjuntivitis al llegar aquí, lo que hice fue llevarlo al médico, le di sus medicinas y no se curaba, lo llevé con otro y no se curaba, y pensé, bueno pues si yo lo sé curar, allá en mi tierra es muy común curar esa enfermedad en casa –de su abuela y de su madre aprendió–, entonces lo que hice fue curarlo como yo sabía y el niño se alivió"⁹⁷.

Lo anterior muestra el contexto que rodea a las amas de casa en relación a una dinámica y a una carga cultural que tanto en la sociedad como en el grupo doméstico (familia) siempre ha existido y por tanto, hay que verlo como un proceso (Segalem, 1997:44).

3.2.5. El programa.

Durante la labor de investigación y apoyo al programa Oportunidades en el Centro de Salud (julio de 2003-julio de 2004), se evidenció que el personal de salud responsable del programa en el Centro de Salud no interfiere en la selección de las familias beneficiarias y desconoce parcialmente⁹⁸ la forma en que en que se hizo esta, por lo cual el personal de salud actúa

⁹⁷ Con esta cita se intenta mostrar el interés por comprender el sentido de la práctica médica doméstica en relación con los procesos sociales y los fines prácticos que le rodean. En este caso el hijo tenía un padecimiento que no mejoraba con la ayuda de los médicos alópatas, entonces la ama de casa lo sacó adelante recurriendo a su experiencia previa en casos similares de acuerdo a su tradición cultural.

⁹⁸ Es parcial porque se enteran por medio de las beneficiarias de lo que tuvieron que realizar para ingresar al programa.

con el supuesto de que son familias/amas de casa "necesitadas" y por consecuencia el personal médico debe ofrecer sus servicios de acuerdo a los requerimientos del programa (citándolos en horarios particulares, dándoles pláticas informativas sobre la salud y la enfermedad, haciéndoles descuentos en medicinas y consulta médica).

El que sean amas de casa con "necesidades" (estrato social bajo) es un campo propicio para establecer un dialogo vertical con estas familias y por consecuencia un desconocimiento mutuo (personal de salud y beneficiarias), entonces puede ser que al médico se le haga "normal" y necesario recomendar al ama de casa bañarse diariamente, pero esta, por el lugar y las condiciones donde vive, sucede que no cuenta con agua; o que para el aseo personal implique una situación como la siguiente: "... para bañarme tengo que levantarme a las cinco y media de la mañana porque si lo hago un poco más tarde tendría que esperar a diez personas (co-usuarios) que han despertado antes, porque en la vecindad donde vivo hay solamente un baño para todos los inquilinos..." (Sra. Carmen 43 años).

Para que el personal de salud logre una mejor comunicación con las amas de casa debe tratar de comprender e incluso ponerse en el lugar de esta, pero si la beneficiaria recibe un trato vertical: como la "ignorante", como "la que no ha estudiado", como "la pobrecita que necesita de mis conocimientos y de mi piedad", como "la que no entiende" y aunado a eso se desconoce como viven estas amas de casa a las que se les ofrece un servicio de salud, entonces el resultado es tan simple como lo que vivimos todos los días, cuando una persona no quiere dialogar con otra, ante esa situación, ¿qué se hace?, nada más se le escucha y se tolera por necesidad, y si ni necesidad se tiene, se da la media vuelta y se retira, y en el peor de los casos se le contesta con una actitud similar.

Este hecho es relevante debido a que lo mismo puede suceder en la dinámica de la aplicación del programa Oportunidades. Es decir, si dentro del programa gubernamental, por parte de la ama de casa sólo le interesa cumplir ciertos requisitos, como la asistencia para recibir su "apoyo"; y por el contrario, si al personal de salud sólo le importa cubrir con las metas de la institución, ¿qué diálogo se propicia ahí? ¿Qué acercamiento se establece? La falta de dialogo también se da entre prácticas médicas y más específicamente cuando el personal médico del MMH no reconoce, reduce, minimiza o sataniza las acciones curativas y/o preventivas realizadas en el hogar, ya que pasan por alto que en determinadas circunstancias⁹⁹ la práctica médica doméstica puede ser el único recurso o lo más próximo con lo que se cuente para mejorar la salud de algún miembro de la familia.

Por ello la invitación de este trabajo es pasar de la suposición a lo concreto, del distanciamiento al diálogo, para esto se propone una intervención interdisciplinaria de apoyo de las ciencias sociales para mejorar los resultados del programa Oportunidades. Con esto, no se quiere afirmar que el personal de salud responsable de este programa no le interese o no desee ayudar a las familias, sino porque dicha situación puede escapárseles de sus manos, por ser insuficiente el personal para atender el Programa Oportunidades en sus propósitos y objetivos, y/o por su preparación académica marcadamente tecnificista y biologicista con la que cuenta el personal de salud.

⁹⁹ Circunstancias como: falta de recursos económicos, el servicio de salud no resuelve sus malestares, falta de tiempo por su actividad laboral, larga espera para una consulta médica.

En el caso de esta investigación, en un principio se creyó que las amas de casa-sujeto de estudio iban a tener recelo, desconfianza (que sí la hubo) a contestar las preguntas en razón a la posición en que nos encontrábamos (estar dentro de la institución y vestir con bata blanca). No obstante, cuando se propició dialogar de forma horizontal, de persona a persona, y al mismo tiempo mostrar un interés por ver cómo ellas y sus familias creen, piensan y viven el proceso salud-enfermedad-atención en su entorno, motivó a que la mayor parte de estos encuentros fueran bastante satisfactorios e incluso en algunas ocasiones sintieron que se le daba valor a su trabajo, a su esfuerzo, como participantes del programa Oportunidades y de la práctica médica doméstica.

CAPÍTULO 4. LOS (OTROS) RECURSOS TERAPÉUTICOS

Hoy día los debates sobre las prácticas médicas y los recursos terapéuticos son extensos, diferentes autores han expuesto sus puntos de vista y clasificaciones¹⁰⁰.

Este trabajo toma en consideración diferentes posturas en relación al proceso salud-enfermedad¹⁰¹, donde si bien resulta comprensible la hegemonía de una práctica médica (ver apartado 2.1), también hay que reconocer la existencia de las diversas y no menos importantes prácticas minoritarias o subordinadas, ya que hay un sin número de grupos sociales que cuentan con sistemas de creencias no estructuradas con el MMH.

¹⁰⁰ Autores como Eduardo Menéndez, Fernando Mora, Poul Hersch, Roberto Campos, Carlos Zolla, Virginia Mellado, entre otros.

¹⁰¹ El considerar diferentes posturas es adoptar una forma integral de relacionarse con el proceso salud-enfermedad, considerando sus facetas físicas, psíquicas y espirituales, de acuerdo a la propuesta de Carlos Zolla y Virginia Mellado, en Campos, 1992. p.71-92.

Por lo anterior se puede hablar de diversas prácticas médicas¹⁰² como la alopática, la homeopática, la naturista, la doméstica; esta última es la que corresponde a la convivencia de diferentes prácticas médicas sin alguna oferta o demanda de servicio por parte de los curadores¹⁰³. De tal manera que el uso de más de una práctica muestra diversas posiciones de los diferentes grupos sociales ante el proceso salud-enfermedad-atención con el objetivo de la búsqueda permanente de la salud integral (Baena y Montero, s/f:10).

Las respuestas que dan las sociedades ante la enfermedad son muy variadas (Mora y Hersch, 1990:71), por lo cual es pertinente hablar de diferentes recursos terapéuticos que se encuentran en constante interacción dentro de la práctica médica casera, aunque cabe señalar que en la mayoría de los casos es reprimida la diversidad, ya que la hegemonía poco acepta a las otras opciones, lo cual se puede comprobar a través de la historia de la consolidación del MMH (capítulo 2).

El caso de México en el siglo XX no ha sido la excepción en cuanto a la pluralidad de prácticas médicas ante el proceso salud-enfermedad. No obstante, durante este periodo se han desarrollado tres principales formas de atención médica que le dieron fuerza y respaldan hoy día al sistema alopático hegemónico: la medicina privada, la institucional vinculada al Estado desde la creación del Departamento de Salud Pública en 1921 y la de seguridad social relacionada con el establecimiento de los Servicios de Higiene Industrial desde 1929 (Mora y Hersch, 1990:74; y Baena y Montero, s/f:23). Sin embargo han prevalecido todas las formas no oficiales y populares de atención al proceso salud-enfermedad.

¹⁰² La designación de este término se refiere a la terapia, es decir, al conjunto de las acciones y/o procedimientos que se ejercen sobre una persona y que se dirigen a curar una alteración o enfermedad (Palacios, 1983:5 y Diccionario de medicina © Espasa Calpe, S.A.).

¹⁰³ Esta es parte de la definición sobre la práctica médica doméstica adoptada en este trabajo (ver apartado 2.4).

Los recursos terapéuticos, desde una perspectiva antropológica, no pueden verse de una forma lineal, es decir, que cada una de las prácticas médicas por sí mismas no curan todo, es por eso que la oficialidad en su afán de cubrir la demanda social de salud ha dividido en niveles la atención a la salud. La medicina alópata alcanza todos los niveles de atención, desde consulta general hasta cirugía, mientras que otras prácticas sólo alcanzan un primer nivel de atención, como es el caso de la medicina doméstica, quien no utiliza sistemas complejos de diagnóstico o tratamiento¹⁰⁴.

4.1. La diversidad de prácticas médicas que son utilizadas por las mujeres del programa Oportunidades.

La medicina oficial institucionalizada debería de ser integradora e incluyente, aunque esto es sumamente complejo porque esta medicina cuenta con un respaldo Estatal, Federal e Internacional que bajo el presente esquema del neoliberalismo (Beck, 2003:26-36), entra en una dinámica de oferta-demanda. La salud por tanto se inscribe en un proceso comercial, lo que hace hablar de una medicina del capitalismo y la industrialización donde sus intereses sirven al capital y en el cual se crea un modelo que se ha venido adueñando del pensamiento y de las instituciones médicas (Ortiz, 1984:72). Es decir, hoy día las personas ya no son llamadas pacientes, sino *clientes* dentro del MMH.

Los datos obtenidos relacionados con las prácticas médicas utilizadas por las amas de casa beneficiarias del programa Oportunidades en el centro de salud Dr. Pedro Escobedo, ofrecen un panorama donde la medicina institucional o hegemónica es la más utilizada constatándolo el 35.5% de la gente encuestada, quienes afirman no usar algún otro tipo de

¹⁰⁴ En Babini, J. Historia de la Medicina, Gedisa, col. Historia, segunda edición, Barcelona, España, 2000.

medicina, mientras el 64.5% restante de la muestra recurre además de la institucional a otras prácticas curativas (ver cuadro 19). La forma en que las amas de casa entienden el proceso salud-enfermedad es diferente a como lo concibe y explica la medicina "oficial"¹⁰⁵, por ello recurre a diferentes prácticas médicas, las cuales el MMH por la presión social, política y cosmovisión propia minimiza el valor de las "otras" formas terapéuticas.

La búsqueda constante de resultados satisfactorios en el proceso salud-enfermedad por parte de la práctica médica doméstica contrae resultados en la relación entre las instituciones de salud y sus usuarios, como es el caso de asistir a la consulta y asentar que se van a cumplir las recomendaciones tal como el médico alópata señala, pero una vez estando fuera de la misma, se busca otras propuestas curativas.

CUADRO 19
Alternativas que han utilizado

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
sólo medicina institucional	83	35.5
medicina institucional y otra(s)*	151	64.5
Total	234	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Nota: * Las otras medicinas a las que se hace referencia en este cuadro son la tradicional, la naturista y la homeopática.

Parece que la misma oficialidad médica cree tener abarcado todo el mercado (Mora y Hersch, 1990:155). Sin embargo, los resultados de esta investigación demuestran todo lo contrario, ya que hay otras prácticas médicas que se emplean a la par de la institucional, como lo son: la *medicina tradicional*, la naturista o la homeopática.

¹⁰⁵ La intención de la práctica médica doméstica es primordialmente obtener resultados satisfactorios en el proceso salud-enfermedad, independientemente de cómo, con quién y con qué recursos terapéuticos se cuenta.

La *medicina tradicional* que carece de registros oficiales¹⁰⁶ es la respuesta social que la población emprende ante la realidad de su situación de salud y que define la OMS (Organización Mundial de la Salud) como: "... la suma de todos los conocimientos y prácticas, explicables o no, usadas en el diagnóstico, prevención y eliminación del desequilibrio físico, mental o social y basados exclusivamente en la observación y experiencia práctica, transmitida de generación en generación..." (Herrero, 1989:69-71).

Esta práctica es producto del mestizaje entre los indígenas, los conquistadores españoles e incluso de los propios negros que vinieron de África. Esto implica toda una influencia cultural de lo que se ha denominado como Mesoamérica y el continente Europeo (Herrero, 1989:87), viéndose afectada y reflejada dicha influencia en la práctica médica doméstica¹⁰⁷.

El que las amas de casa de este estudio muestren un conocimiento sobre los *padecimientos tradicionales*, significa que de alguna manera la concepción de salud-enfermedad-atención es algo más que síntomas y reacciones físicas ante causas externas, biológicas e inmunológicas del cuerpo humano frente a la naturaleza. Conocer, padecer y tratar *enfermedades tradicionales* implica una posición cultural de una forma particular de actuar respecto al proceso salud-enfermedad, diferente a la práctica médica científica o institucional-oficial. Este posicionamiento influye en la forma de confrontar la vida y la muerte, donde hay causas y reacciones en el cuerpo humano que sólo se entienden y se aprecian por el legado cultural, es decir, por un saber transmitido oral y

¹⁰⁶ Por eso es llamada también la "medicina invisible" (ver Zolla, 1988).

¹⁰⁷ Aguirre Beltrán fue el primer Antropólogo que rescató la relevancia y magnitud de la influencia de la cultura negra en México (que implica procesos de recreación, apropiación y/o transformación), conservando sus principales remanentes de esa población negro-colonial del lado del Golfo de México y en el Océano Pacífico en lo que se conoce como la Costa Chica perteneciente al estado de Guerrero y Oaxaca (Aguirre, 1989:12).

generacionalmente que queda plasmado en la cosmovisión de los grupos sociales¹⁰⁸.

En lo que se refiere a la percepción de los *padecimientos tradicionales*, en este estudio se empleó la clasificación realizada por Carlos Zolla, ya que se considera más acorde al presente contexto. Este autor codifica dentro de la práctica de la *medicina tradicional* diez entidades de filiación cultural,¹⁰⁹ tales como: el mal de ojo, el empacho, el susto o espanto, la caída de mollera, aires (el mal de aire), las torceduras músculo-esqueléticas, la brujería, la disentería, la diarrea y las anginas (Zolla, 1988:12).

Las informantes, sobre el conocimiento de estas entidades, arrojaron los siguientes resultados¹¹⁰: el 96.2% mencionó conocer la diarrea y las anginas, el 86.3% el empacho, el 84.6% el susto, el 79.1% las torceduras, el 70.5% la caída de mollera, el 56.4% la disentería, el 55.6% el mal de aire, el 44.4% el mal de ojo y el 14.1% la brujería, (ver cuadro 20). Estas derivaciones se dieron sin adentrarse en la especificidad de la enfermedad, porque es muy cierto cuando se dice que: "no cualquier dolor de estómago es empacho".

Lo que se aprecia en el cuadro 20 es la existencia de un diferente grado en el nivel de conocimiento de dichos padecimientos denotando con ello una relación cultural característica de los pueblos indígenas y de su hibridación con la cultura europea (española principalmente) y africana, lo que conforma la *medicina tradicional* (Aguirre, 1989:191). Como lo sugiere

¹⁰⁸ Cosmovisión se refiere a la forma en que los grupos o sociedades ordenan, clasifican e interpretan el mundo (López Austin en: La relación intercultural con la medicina tradicional. www.salud.gob.mx/s).

¹⁰⁹ Este término se refiere a: "...un conjunto de síntomas y de signos multifacéticos que pueden obedecer a diferentes etiologías y etiopatogenias, en las que existen elementos de causalidad natural y/o mágicas del entorno, de deidades, de animales, personas, etc." (Herrero, 1989:89).

¹¹⁰ En este concepto abarcamos: desde las que dicen sólo conocer los padecimientos porque han oído hablar de ellos, las que los han visto en otros (parientes y/o vecinos), las que los conocen por su experiencia personal o las que han llevado a un familiar con un curador *tradicional*, hasta las que han aprendido a curar alguno de estos.

el cuadro 20, es común para estas personas tener contacto con *enfermedades tradicionales* e identificar claramente problemas destinados para el MMH, como lo son la diarrea y anginas. Sin embargo, poco menos de una sexta parte de la muestra tiene relación con la brujería lo cual quiere decir que poseen una forma mágica para atender la salud y resolver la enfermedad.

CUADRO 20
Conocimiento sobre padecimientos de filiación cultural (*tradicionales*)

<i>diarrea y anginas</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
sí	225	96.2
no	9	3.8
<i>el empacho</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
sí	202	86.3
no	32	13.7
<i>el susto</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
sí	198	84.6
no	36	15.4
<i>las torceduras</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
sí	185	79.1
no	49	20.9
<i>la caída de mollera</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
sí	165	70.5
no	69	29.5
<i>la disentería</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
sí	132	56.4
no	102	43.6
<i>el mal de aire</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
sí	130	55.6
no	104	44.4
<i>el mal de ojo</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
sí	104	44.4
no	130	55.6
<i>daños por brujería</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
sí	33	14.1
no	201	85.9

Fuente: Elaboración propia.

La práctica de la *medicina tradicional* refleja una parte del conjunto de recursos y acciones terapéuticas presentes en el hogar, ya que fueron numerosos los casos en los que las amas de casa hacían referencia a conocer y tratar estos padecimientos.

Algunas de las amas de casa encuestadas han tenido que recurrir a *remedios médicos tradicionales* sin saber nada al respecto (Campos, 1992:141-185). Acuden a este tipo de remedios por sugerencia de una tercera persona con la cual tienen interacción constante: "...mi suegra es la que conoce eso de los aires, el susto, el empacho" (Sra. Esther, 33 años).

Este saber médico lo han recibido de sus padres, abuelos, amistades, o ya fuera porque vieron curar o las curaron a ellas mismas. Esta última circunstancia influye decisivamente en conservar y mantener un conocimiento y una acción curativa, ya que la insuficiencia de explicación y curación total de la medicina oficial hace que la gente recupere, aprenda y reafirme el saber de la *medicina tradicional* y por consecuencia el de la medicina doméstica.

El 35.5% de la muestra simplemente no admiten la existencia de este tipo de *enfermedades tradicionales* (como: el mal de ojo, la caída de mollera, el susto-espanto, el empacho) por el carácter cultural, subjetivo y mágico-religioso de tales enfermedades, esto se debe a que estas amas de casa han sido educadas bajo la influencia hegemónica, oficial y positivista de la salud (Babini, 2000:95-99). Esta influencia tiene peso porque hay señoras que no provienen de una *cultura tradicional*, sino más bien son personas que nacieron y crecieron al compás de lo que se llama cultura moderna.

En otras ocasiones las señoras no aceptan las *enfermedades tradicionales* debido al azote y a la discriminación que hace generalmente el discurso "oficial" sobre las cosmovisiones antiguas, tradicionales, mágico-religiosas, y les da vergüenza aceptar la utilización de la *medicina tradicional*: "...una vez un médico me dijo que yo era una *ignorante* porque le hice referencia de uno de estos padecimientos (tradicionales)"¹¹¹ (Sra. Victoria, 50 años).

Como ya se ha mencionado, existe una diversidad de prácticas médicas, pero además, hay una interacción constante entre ellas, lo cual de alguna manera refleja la dinámica de las prácticas médicas en casa. Ya que es en el espacio doméstico donde las amas de casa hacen uso de cualquier combinación de recursos terapéuticos para contrarrestar las enfermedades, dichas combinaciones se pudieron constatar con las opciones médicas que han utilizado las afiliadas al programa Oportunidades, lo cual queda reflejado en el cuadro 19.

El 64.5% de las amas de casa no tiene mayor objeción en combinar diferentes recursos terapéuticos para superar la anormalidad: "...mi hija se puso muy mal del estómago, me la tuvieron que internar en el hospital, estaba mal¹¹² y no mejoraba..., le platicué a una señora que sabía de empacho, la saqué como pude del hospital para que la señora la curara y así fue, ¡esa señora le salvo la vida!" (Sra. María Teresa, 39 años).

El objetivo no es atacar o menospreciar al MMH, por ello en el capítulo 2 ya se mencionó como una práctica médica se vuelve hegemónica, donde son indiscutibles las grandes mejorías que ha traído ese hecho sobre todo en higiene, nutrición, natalidad, esperanza de vida,

¹¹¹ Cuando asisten al médico e incurrir en este tipo de conductas, se hace comprensible porque el paciente asiste con una visión más emocional de la enfermedad y por otra parte no puede desvincularse de su cosmovisión cuando asiste a la clínica.

¹¹² Los pacientes sufren males, es decir, experiencias de cambios en estados del ser y en su función social. Los médicos diagnostican y tratan enfermedades, o sea, anormalidades en la estructura y función de órganos y sistemas del cuerpo (Fitzpatrick, 1990:21).

etcétera, lo cual ha propiciado abatir las principales causas de muerte a nivel mundial (Ortiz, 1984:17-73). Son innegables sus grandes éxitos a nivel individual, pero no pueden cerrar sus ojos a los determinantes económicos, sociales, culturales y psicológicos del proceso salud-enfermedad¹¹³.

Lo que interesa resaltar en las estadísticas del cuadro 19 es que a pesar de la gran influencia social que ha ejercido el MMH sobre la práctica médica doméstica en relación a extender la idea de que existe una sola forma de atender el proceso salud-enfermedad, la cual es legitimada por algunos grupos sociales: el Estado y las leyes, teóricos y científicos, entre otros. Los datos muestran todo lo contrario, es decir que la hegemonía es compartida y que no hay un monopolio médico en un 1^{er} nivel de atención. La práctica médica alopática es realmente un recurso más, pues casi nunca se encuentra sola, ya que la mayoría de los sujetos de estudio de este trabajo, como se pudo constatar, cuando están enfermos ya se han automedicado o utilizado (antes, durante y después) algún remedio casero previo a consultar al médico de bata blanca¹¹⁴.

Por otra parte la medicina alopática es dependiente de las otras prácticas médicas, ya que, si en un determinado momento se pusieran en huelga todos los curadores (parteras, curanderos, amas de casa) de las "otras" prácticas médicas, la infraestructura del modelo oficial sería insuficiente para atender enfermedades del primer nivel de atención e incluso hasta partos¹¹⁵.

¹¹³ No siempre la medicina científica desconoce, desprecia o tilda de anticuada, supersticiosa e ineficaz a la *medicina tradicional*, mas no por ello la ignora, al contrario, desde principios coloniales se ocupó por conocer a los terapeutas nativos y sus sistemas de curación, como lo dejan ver las *Ordenanzas para el gobierno de los hospitales*, escritas en náhuatl por Fray Alonso de Molina en la primera mitad del siglo XVI (en Azures y Bolaños, 1983:9-10).

¹¹⁴ Nota: Esta denominación se indica para el médico egresado de Universidad para distinguirlo de algún otro terapeuta.

¹¹⁵ Ver Zolla y Mellado, "La función sociocultural de la medicina doméstica en el medio rural mexicano", en Campos, 1992:71-92.

Dentro del entorno de las "otras prácticas médicas" es rescatable el pensamiento de López Austin cuando dice: "La medicina indígena (como cualquier otro recurso terapéutico) jamás ha sido ni un conjunto maravilloso de conocimientos del que debemos esperar los mayores milagros, ni el producto de supersticiones pueriles. *Es el resultado de un trabajo humano condicionado por particulares medios naturales, tecnologías y relaciones sociales, que produjo (y produce) frutos aún aprovechables*" (López Austin en Herrero, 1989:4).

El factor económico influye para que sean utilizadas diferentes prácticas médicas al interior del hogar ya que la decisión de utilizar varios modelos médicos no se debe a la casualidad, sino que se debe a que las amas de casa no distinguen fronteras sino que se concentran en la superación de ese mal, no obstante tengan la creencia de que el modelo alopático pueda ser el más eficiente: "Cuando no tengo para medicinas o jarabes, les doy su (té) bugambilia cocida con canela, limón, orégano y miel" (Sra. Ma. de la Luz, 45 años).

Las mujeres-amas de casa del estudio no satisfacen por completo todas sus dudas y problemas con sólo una práctica médica de un solo modelo médico curativo y explicativo de salud-enfermedad-atención, por lo cual les es necesario recurrir también a diferentes especialistas, ya que por lo general las personas padecen enfermedades de diferente procedencia y exposición, es decir, las enfermedades no sólo son de origen y explicación biológica, climática o geográfica, sino que también se generan por factores demográficos, históricos, sociales, psíquicos y culturales¹¹⁶. Hay enfermedades que escapan a la terapéutica por parte de los médicos de "bata blanca", como lo demuestra el caso del empacho o el

¹¹⁶ Bronfman, en su estudio realizado en 1994, explica como es que existe un claro distanciamiento entre el modelo oficial y sus usuarios, donde parte del distanciamiento se debe a la no aceptación del sector oficial acerca de las explicaciones de carácter geográficas, demográficas, históricas, sociales, psíquicas y culturales de las enfermedades (Bronfman et, al., 1997:442-450).

susto, para el cual la gente tiene que recurrir a otro tipo de curador, en este caso la persona preparada para ello es el (la) sobador(a), el *médico tradicional* o el médico doméstico.

La utilización de diferentes prácticas médicas tiene acepciones que indican la existencia de enfermedades propias de cada saber médico, es decir, cada práctica médica es insuficiente para explicar y contrarrestar ciertas enfermedades y eso fue lo que se encontró en casos como el siguiente: "...mi esposo estaba mal del estómago e iba con buenos médicos particulares (alópatas) y no se curaba hasta que nos encontramos con alguien que nos recomendó con una señora que cura, fuimos y ella nos dijo que estaba bien empachado y después de eso se alivió" (Sra. Ofelia, 40 años).

Otra justificación para el uso de diferentes recursos terapéuticos por parte de las amas es producto de la costumbre y que ha recibido la influencia de emplear y acudir a varios saberes según sea el caso de la enfermedad. La interacción con el medio social y geográfico, así como de las condiciones económicas y de accesibilidad a dichos conocimientos y prácticas médicas influyen en la decisión a qué tipo de práctica médica recurrir.

La decisión acerca de qué recurso se debe utilizar y además quién debe de tratarlo, en la actualidad, la medida es establecida por la influenciada de una cultura, de una sociedad o por alguien que interviene en lo cotidiano en la vida de ellas (el médico, la madre, la suegra ó la vecina). Porque es en la cotidianidad en donde los hombres y las mujeres buscan solución a los problemas que enfrentan (entre ellos los que entran dentro del proceso salud-enfermedad) y deciden el sentido de sus actos (Herrero, 1989:20).

El 64.5 % de las amas de casa encuestadas tienen la propensión a combinar diversas prácticas médicas para atender a las enfermedades, con todo y que el sector oficial haga hincapié en tomar en cuenta sólo lo que indique el médico de bata blanca. El sector oficial acostumbra llamarle automedicación a todo aquello que atente contra sus intereses, cuando los mismos doctores en casa hacen utilización de la misma medicina doméstica¹¹⁷.

4.2.- Las prácticas religiosas como recursos médicos.

La concepción religiosa remite directamente a un proceso, es decir, a "...la relación del hombre con el hecho sagrado en general (un mito, un símbolo, un ritual, un dios, un demonio) del cual lo único que puede afirmarse está contenido en la definición misma del término: se opone a lo profano (al mal, a la enfermedad)... Puesto que tal manifestación es cosa humana, es necesariamente cosa social, lingüística y económica, pues no se concibe al hombre fuera del lenguaje y de la vida colectiva... Tiene una complejidad laberíntica de hechos que escapan a cualquier fórmula y a cualquier definición" (Eliade, 1979:20-21).

Es importante señalar que la práctica religiosa y el pensamiento mágico han tenido un papel histórico en relación al proceso salud-enfermedad-atención, ya que en la cultura mexicana, por lo menos en el siglo XX, ha existido, en la pluriculturalidad de la población, una firme creencia acerca de la ayuda que brindan seres extraordinarios o metafísicos para el caso de las personas que *caigan* enfermas (Módena, 1990:64).

¹¹⁷ Ver Menéndez, E. (1990) En el apartado de "Autoatención y automedicación. Un sistema de transacciones sociales permanentes", p.141-185.

El término "caer" es un concepto que nos remite al hecho de que ante la enfermedad el hombre experimenta la pérdida de dominio sobre sí mismo y en consecuencia despliega un conjunto de creencias sobre la vida y aquellas conductas que comparte con otros y que se rigen por esquemas conceptuales, modos y fines homogéneos..., donde el acto de "creer" para el individuo es algo objetivamente valioso, a pesar de verse reducido solamente al campo de la "fe" (Herrero, 1989:15-16).

Este hecho tiene múltiples representaciones, desde hacer una manda¹¹⁸ para que se cure el enfermo (como ir a la peregrinación de la virgen del Pueblito y a la de Soriano cada año, con el objetivo de "estar con bien", como lo dice la Sra. Juana de 27 años), hasta asistir con un curador reconocido por la comunidad, el cual no tiene aceptación "oficial".

Las mujeres de las familias estudiadas permitieron observar simbolismos que contiene la relación entre la fe y el proceso de salud-enfermedad-atención, como lo personifican las imágenes, las velas o las capillas que se encuentran dentro de los hospitales para aliviar o aminorar la enfermedad del paciente. Por estas creencias a las que recurren ante el proceso salud-enfermedad, se considera de suma importancia resaltar que la expresión religiosa cualquiera que sea, para las amas de casa, es un recurso terapéutico más dentro de dicho proceso y forman parte de su visión integrativa de las diversas prácticas médicas de estas familias del Oportunidades¹¹⁹.

¹¹⁸ Hacer una manda se refiere a ofrecer un sacrificio principalmente físico con repercusión divina sobre un padecimiento dado. La manda puede ir desde acudir caminado al lugar de origen hasta el templo designado, caminar cierta distancia de rodillas o bien acudir solamente a ese lugar sin importar el medio de transporte por el cual se llegue.

¹¹⁹ Según Babini, antes de que adquiriera sus características la "ciencia" formalmente e hiciera una división de todo, en la edad media así como lo representa la práctica de la medicina doméstica, el fenómeno salud-enfermedad-atención se reconoce como un complejo de convivencias de prácticas médicas, algo así como un ideal integrador (Babini, J., Historia de la Medicina, 2000:53-57).

Así pues este trabajo tiene como propósito corroborar si para las amas de casa del Oportunidades era importante el hecho religioso cuando tenían algún miembro de su familia enfermo en casa. Para el 49.1% resultó "muy importante", el 40.4% lo mencionó como "importante" (unidos dan el 89.3%), al 7.7% les pareció poco importante y al 3% les resultó indiferente o nada importante (ver cuadro 21). Lo cual indica que la mayoría mantiene una recurrente creencia religiosa que consideran para salir del estado patológico en que se encuentren ellas, sus familiares e incluso terceras personas sin ningún vínculo parental.

CUADRO 21

Importancia del acto religioso dentro del proceso salud-enfermedad-atención

	<i>Frec.</i>	<i>Porc.</i>
muy importante	115	49.1
importante	94	40.2
poco importante	18	7.7
nada importante	7	3.0
Total	234	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Hay que subrayar que independientemente de su inclinación religiosa, consideran más que importante y trascendental la "fe en Dios". Porque "Él es el ser más trascendental e indispensable para remediar sus problemas de salud" (Sra. Lourdes, 35 años). Las amas de casa cuando le piden u oran a sus santos y a sus divinidades por cuestiones de salud, lo hacen adjudicándoles un lugar dentro de este proceso como médicos o sanadores.

N. Micklem sugiere que la religión, en primera, es propia del ser humano, porque ésta pertenece y tiene lugar gracias a la racionalidad "indiscutible" del hombre y las mujeres; y la religión surge como un mecanismo de defensa ante la propia naturaleza del hombre: "La religión... intenta ofrecer una respuesta a las eternas cuestiones que la vida misma plantea a todo ser humano" (Micklem, 1953).

Cuando le piden u oran a sus divinidades por cuestiones de salud, lo hacen adjudicándole un rol específico dentro de este proceso, y no para que ataquen directamente la enfermedad en sí, sino para que quienes se encargan de ello hagan bien su trabajo, pues de alguna manera las señoras reconocen y respetan la labor y la especialización de los médicos.

De acuerdo a las informantes la fe sirve para que Dios ilumine y le conceda la gracia y la sabiduría a los mediadores entre el cielo y la tierra encargados de curar pues "el médico, la medicina y Dios van de la manita", (Sra. Ramona 30 años).

Hay una serie de actos que hacen las informantes, preponderantemente religiosos, basados en el pedimento por la salud de un enfermo y por la misma culminación de la enfermedad. El 42.3% de las encuestadas mencionó rezar, orar o encomendarse a algún santo. El 28.7% reza y hace mandas, con la variante de 6 casos que aparte encienden veladoras y siete que lo combinan asistiendo al templo. El 11.1% solamente va al templo. El 6.8% hacen solamente mandas, el mismo porcentaje no hace ningún acto religioso frente a la enfermedad. Por último el 4.3% sólo efectúa alguna otra actividad como encender veladoras (ver cuadro 22).

CUADRO 22
Actos de Fe contra la enfermedad

	<i>Frec.</i>	<i>Porc.</i>
rezar, orar o encomendarse	99	42.3
rezar y hacer mandas	54	23.1
reza, hace mandas y prende veladoras	6	2.6
reza, hace mandas y va al templo	7	3.0
ir al templo	26	11.1
hace mandas	16	6.8
no hace nada	16	6.8
otro	10	4.3
Total	234	100%

Fuente: Elaboración propia.

El hecho de fe relevante para las amas de casa es "a qué" o "a quién se le pide" más que el lugar en el que se realiza esta acción, ya que pocas veces mencionaron acudir a algún templo o a algún otro lugar sagrado comunitario. Lo que realmente importa para ellas es la creencia o la fe, pues como lo dicen cuando se habla de salud-enfermedad: "Primero Dios..." o "Ya estará de Dios..." (Sra. Alicia, 38 años).

La ayuda de lo religioso en la salud está en continuo proceso de renovación, como cuando las informantes dicen rezar, orar o hacer mandas. Como en el caso de la Sra. María del Carmen de 36 años quién al enfermar su hijo y no sanaba "fueron a visitar al niño de los milagros", actividad que no había realizado anteriormente.

Un caso sobresaliente para establecer el vínculo entre la fe y el proceso salud-enfermedad se da en las mandas dirigidas hacia algún santuario en "agradecimiento por un favor recibido", o sea, en gratitud a lo divino por haber aligerado e incluso por lograr curarse de algún padecimiento: "He hecho mandas dos veces, una cuando mi marido se fue a Estados Unidos y otra, cuando tuve complicación en el parto... En gratitud a la virgen (de Guadalupe) le puse su nombre a mi hija... Actualmente en la fiesta de la (virgen) de la Candelaria me voy caminando de Carvajal al rancho la Laborcilla"¹²⁰ (Sra. Carolina, 27 años).

Este acto de fe religiosa es relevante para el 35.5% (ver cuadro 22) de las encuestadas, del porcentaje anterior, el 8.7% mencionó ser devotas de la virgen de Guadalupe y asistir a su santuario en la ciudad de México, el 10.7% es creyente de la virgen de San Juan de los Lagos y va a su templo en el estado de Jalisco. El restante 17.1%¹²¹ recurre a diferentes lugares como: al santuario del Pueblito y Soriano (el 2.1%), el templo del

¹²⁰ Carvajal es un poblado que pertenece al municipio de San José Iturbide, Guanajuato, y la Laborcilla pertenece al municipio de El Marqués en Querétaro.

¹²¹ Dentro de este porcentaje el 3.4% mencionó hacer mandas sin querer dar otra información.

Carmen y la Cruz (el 2.6%) en el estado de Querétaro, en Guanajuato al señor de los Trabajos (en Pozos), al señor de Charcas, a la virgen del Refugio (en Acambaro), así como al señor de la salud en Zacatecas (ver cuadro 23).

CUADRO 23
Destinos para cumplir mandas

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
no hacen	151	64.5
Basílica de Guadalupe	18	8.7
Santuario de San Juan de los Lagos	25	10.7
Santuario del Pueblito	5	2.1
Santuario de La Cruz	6	2.6
otros Santuarios	21	8.0
sólo mencionó que hace mandas	8	3.4
Total	234	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

El recurso de la manda tiene la característica de ser parte complementaria en el fenómeno salud-enfermedad. Relacionan a la virgen de Guadalupe con su trabajo y que no falte el dinero en casa; a la virgen de San Juan de los Lagos con un padecimiento específico, entre otras.

4.3. El afecto y las emociones como otro recurso terapéutico.

El afecto y las emociones, también ayudan a que la persona enferma aminore, aumente o se sane de su estado patológico¹²² (Szasz y Lerner, 2002:89). Sin duda las sensaciones favorecen cuando son utilizadas de una forma positiva interviniendo en lo psicológico para mejorar el estado de enfermedad y por lo tanto el fisiológico de los individuos.

¹²² Al respecto Talcott Parson dice que: "... la situación de enfermedad enfrenta, muy generalmente, al paciente y a sus inmediatos con problemas complejos de ajustamiento emocional... como el sufrimiento, el desamparo, la incapacidad y el peligro de muerte,... estas constituyen perturbaciones fundamentales de las expectativas de vida de los hombres" (Parson, 1951:444)

Para este trabajo, se pudo ver que el 69.6% de las señoras-sujeto de estudio suelen tener preferencia en el trato cotidiano por sus enfermos (ver cuadro 24).

CUADRO 24
Tienen prioridad por el integrante de la familia enfermo

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
si	159	69.6
no	75	30.4
Total	234	100.0

Fuente: Elaboración propia.

Del porcentaje del cuadro anterior, el 61.5% la prioridad de atención recae en sus hijos "porque se enferman más seguido y los quiere por igual" (Sra. Felipa, 26 años, 2 hijos), el 3% su prioridad se dirige hacia sí misma, el 2.1% se encauza directo a los padres, el 3% atiende primariamente al esposo/pareja "...porque es el que lleva para comer, es la cabeza de la familia" (Sra. Benigna de 40 años, tiene 30 años que dejó su comunidad El Compás, Durango, donde sólo terminó el segundo año de primaria), y el 30.4% dice no tener preferencia por algún integrante en particular de la familia "...porque a todos los quiere por igual" -Sra. Victoria de 47 años, desde hace 25 años renta una vivienda en una vecindad en San Francisquito- (ver cuadro 25).

CUADRO 25
A quién dan preferencia o mayor atención al enfermar

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
a los hijos	144	61.5
a nadie	71	30.4
al esposo/pareja	7	3.0
a ella misma	7	3.0
a los padres	5	2.1
Total	234	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Para ellas, su trato para con los enfermos intenta ser de igual manera, hablando en términos afectivos, porque "... dicen quererlos todos los días del año y no solamente cuando están enfermos".

Por las consecuencias que se generan en las personas al enfermarse, o sea, cansancio, pérdida de apetito y de entusiasmo, tristeza, las señoras-amas de casa aceptan que cambian su trato diario. El 82.9% de las encuestadas dice ofrecer mayor atención a la persona enferma, mientras el 17.1% indicó no hacerlo (ver cuadro 26):

CUADRO 26
Ofrecen mayor atención al enfermo

	Frecuencia	Porcentaje
si	194	82.9
no	40	17.1
Total	234	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Ese trato diferenciado radica principalmente en poner especial atención en la dieta del enfermo cuidando que los alimentos a la vez sean de su agrado y que le beneficien a su salud, porque en la vida cotidiana no siempre tienen la oportunidad de llevar una dieta balanceada, ya sea, por su falta de recursos económicos, por la escasez del tiempo o por su propia cultura alimenticia.

La enfermedad motiva para modificar la alimentación familiar; pues para las señoras la comida es un elemento indispensable para el tema salud-enfermedad. Es por eso que las señoras cumplen los antojos de los enfermos cuando se puede y esto se refleja en la alimentación ya que los enfermos quieren una comida especial (que por lo general incluye carne de pollo o pescado o res), un jugo¹²³, un refresco, un yogurt (un "danonino"), en fin, el alimento que dice el enfermo ser de su agrado y que ellas consideren que le traerá un beneficio para su enfermedad.

¹²³ Principalmente de los que vienen ya envasados y que son de diferentes sabores como durazno, mango, manzana, naranja, etc.

Con esto se pone de manifiesto la relevancia de los aspectos afectivos en este proceso.

La calidad de la salud de la persona cuando cae enferma se reduce y se manifiesta en un estado de debilidad general¹²⁴, sin deseos ni ganas de laborar, es por eso que las señoras-amas de casa ponen mayor atención a la relación interpersonal con los enfermos, como es permitirles quedarse en casa a descansar y no ir a trabajar o a ir a la escuela, para así, poner mayor atención para estar al pendiente de sus peticiones, para llevarles la comida a la cama o permitirles comer frente al televisor, ya que al enfermo lo conciben como una persona que de alguna manera ha disminuido sus fuerzas vitales que sólo con el tratamiento y el reposo necesario podrá recuperarse para ser otra vez una persona con aptitudes y actitudes "normales", sociales y físicas¹²⁵.

En cuanto a las características personales, sociales y físicas, las señoras se ven motivadas a refrendar y a ejercitar su afecto hacia los miembros enfermos de la familia, pues creen que para salir de la enfermedad es vital levantarle su estado de ánimo, de ahí que lo transmitan por medio de: caricias, palabras tiernas y motivacionales de curación, incluso rogarle a Dios por ellos, etc. "Cuando mis hijos se enferman acostumbro a consentirlos, y mucho. Generalmente platicamos más y le digo (repetidamente) *hijo te quiero mucho*" (Sra. Josefina de 46 años).

Por otro lado, el medio ambiente lo consideran como otro aspecto importante para mejorar la salud y disminuir la enfermedad, pues no todos los enfermos se sienten cansados al extremo de quedarse reposando.

¹²⁴ En Diamond, J. 1999:172.

¹²⁵ Aquí cabe la participación de Talcott Parsons quien menciona que el enfermo tiene un rol social el cual lo exceptúa de sus responsabilidades normales; además, por su condición natural, no puede esperarse que se ponga bien por un simple acto de decisión o deseo; su estado es indeseable, por lo cual está obligado a buscar ayuda *técnicamente competente* y colaborar en su recuperación (Parson, Talcott, El sistema social. Ediciones de la revista de Occidente, 1951).

La enfermedad no es lo suficientemente fuerte para frenar su ímpetu activo y combativo, es ahí donde intervienen las madres-amas de casa imponiendo su autoridad y sus ideas de curación: descanso y resguardo. Por eso para ellas es importante prohibir a sus enfermos salgan a la calle porque el clima y la contaminación ambiental consideran que son factores que fomentan la enfermedad, por ello, es indispensable cuidar los factores afectivos, ya que son necesarios para cuidar la salud de las personas¹²⁶.

Quien generalmente otorga afecto a los enfermos es la madre o ama de casa. Ya que son ellas quienes, al asumir su papel central en el proceso salud-enfermedad, se encargan de lo que acontece en el hogar y con sus miembros, son ellas las primeras y en muchos casos las únicas responsables de atender y preocuparse por los enfermos, incluso siendo capaces de sacrificar alguna enfermedad que les estuviese aconteciendo en ese momento.

Dentro de la familia estar pendiente de los enfermos se ha modificado, producto de cambios sociales acontecidos desde la Revolución Industrial y que han incidido en los roles domésticos, entre ellos el de atención a los enfermos, debido a que la mujer viene buscando definirse de diferente forma en el espacio social y ello se pone de manifiesto más tangiblemente a partir de los cambios sociales de mediados del siglo XX donde se crea una presión hacia una ideología de la igualdad (Segalem, 1997:244).

En los resultados sigue siendo preponderante el papel de la mujer en atención para el enfermo dentro del ámbito doméstico, es decir, el 41.9% dijo ser la única dentro de esta actividad, hay que sumarle la participación del esposo/pareja quien ocupa un segundo sitio con el 21.8% en apoyo a este rol dentro del hogar. La familia de la mujer/ama de casa también colabora en dicha acción con el 15.4%, mientras en el 8.5% de

¹²⁶ Ver: Módena, 1990:126

los casos los hijos ayudan en esta labor, los familiares del esposo colaboran con el 4.7% y por último, otros como pueden ser vecinos y/o conocidos, intervienen con el 7.7% (ver cuadro 27).

CUADRO 27
Miembros que dan atención

	Frecuencia	Porcentaje
sólo ella	98	41.9
esposo / pareja	51	21.8
familiares de ella	36	15.4
hijo (s)	20	8.5
familiares de él	11	4.7
vecinos (as) / conocidos (as)	18	7.7
Total	234	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Lo anterior lleva a suponer que la atención al enfermo dentro de la unidad doméstica es un proceso compartido y no precisamente exclusivo de la mujer o del especialista, aunque estos últimos conllevan la mayor responsabilidad del asunto.

En algunos casos, casi todos los familiares: abuelos, padres, hijos, suegra, tíos, sobrinos, nietos, se preocupan y están al pendiente de los miembros enfermos. Esta dinámica familiar se ha fomentado gracias a los lazos sanguíneos reforzados por la unión y protección grupal, digamos que la familia ejerce la función del primer, y en algunos casos, el único núcleo de resguardo ante la indiferencia del monstruo¹²⁷ llamado sociedad.

¹²⁷ Se designa este término porque desde los inicios del capitalismo existe una contradicción, es decir que tras el discurso de la industrialización y el progreso, hay una incidencia directa sobre la familia reflejada en un incremento de abandono de niños, cambios en su estructura económica, aumento de las relaciones neuróticas, vivir en continua competitividad, etcétera. Lo anterior se ve reflejado en el condicionamiento y el control social en el que se ve inmerso el individuo y la familia producto de las acciones del gobierno y el estar sometidos a la presión de la norma no explícita, es decir, si el grupo no se adapta hay numerosas instituciones que buscan controlar la desviación (Segalem, 1997:19, 20 y 235).

Al tipo de familia mencionado se le puede clasificar como un ente, donde la afectación de alguna parte del miembro recae en el orden y el equilibrio de toda familia.

4.4. Quién trata las enfermedades y qué enfermedades.

En el hogar se transmiten y generan conductas sociales e interpersonales por medio de la disciplina y el ejemplo, estas acciones nacen del compromiso social, civil, *natural* que conlleva ser padre-madre de familia, los iniciadores de una nueva célula de la sociedad. Hay que resaltar que los progenitores, abuelos y personas mayores en general, dentro del hogar o la comunidad, son los encargados históricamente de transferir los elementos identitarios y culturales de su grupo.

Las señoras del Oportunidades recibieron una educación directa y ejemplificada sobre salud en su hogar, es decir, la madre y la abuela le decían, a las señoras desde que eran niñas, que té era para el dolor de estómago (el de manzanilla o de cedrón –comentaba la queretana con carrera en Comercio, la Sra. Verónica de 36 años y 3 hijos), o qué plantas ayudaban a reducir los dolores de garganta (se hace un té de hojas de eucalipto con canela o uno de flor de bugambilia –decía a sus 44 años la Sra. Cecilia quien frecuentaba aliviar o remediar sus padecimientos en casa antes de o sin ir al médico, hasta que éste la regañó). Esto muestra la forma en que ellas se vinculan al proceso salud-enfermedad y el conocimiento práctico que les produce esta experiencia a la hora de enfrentar dicho fenómeno.

Ellas, gracias a su cercanía con la enfermedad porque no sólo atiende la propia sino que además se ocupa de los demás, llevan a la práctica el dicho popular que dice, “hay que predicar con el ejemplo”, de ahí que aprendan a contrarrestar el mal de salud imitando diferentes formas de curar, por eso, ir al médico, escucharlo y observarlo sirve para

ahondar en una serie de experiencias que las señoras reproducen en el ámbito casero, gracias al trato constante con el especialista. "Fíjese que yo curo a mis hijos, hay cosas a las que no le hallo y por eso voy al médico, de ellos yo aprendo" (Sra. Anastasia, de Pinal de Amoles, de 30 años, 4 hijos, 13 años viviendo en San Francisquito, primaria terminada).

De las instituciones de salud, las señoras aprenden porque el mundo público se empeña en colonizar y aculturizar a la más media (Módena, 1990:141-163). Es decir, la globalización intenta homogeneizar al planeta, de ahí que la influencia del saber médico alópata (oficial) influya en la forma de operar y pensar de la gente.

El padecimiento más frecuente en el hogar de las familias de las señoras del Oportunidades encuestadas es el relacionado a las vías respiratorias con el 56.9% de los casos. Los problemas gastrointestinales¹²⁸ ocupan el segundo lugar con el 34.2% dentro de esta medición (ver cuadro 28). Lo relevante de este tipo de afecciones radica en que pertenecen a un primer nivel de atención lo que las vuelve un campo propicio y vasto para la práctica de la atención médica doméstica.

CUADRO 28
Enfermedad más común

	Frecuencia	Porcentaje
vías respiratorias y otra	133	56.9
del estómago y otra	80	34.2
otra	13	5.6
ninguna	7	3.0
accidente y otra	1	.4
Total	234	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

¹²⁸ Bronfman, en su estudio realizado en 1994 con representatividad nacional, menciona estadísticamente las enfermedades más comunes que son atendidas en un primer nivel de atención, las cuales corresponden precisamente a las enfermedades que son curadas en el ámbito doméstico, como lo son las afecciones en las vías respiratorias y los trastornos gastrointestinales.

4.5. Los recursos materiales. Medicamentos de patente y yerbas medicinales más utilizados o más comunes.

Los recursos para la salud existentes al interior del hogar¹²⁹ pueden variar en cantidad y calidad, lo cual depende directamente de la ama de casa (curadora doméstica). Por lo cual es común que las señoras mencionen tener dentro de su casa un botiquín médico¹³⁰.

El papel central de la ama de casa en la relación médico-paciente, es porque ella es la principal informante del curador de cualquier corriente curativa y de eso ella también aprende a establecer un diagnóstico, un pronóstico y un tratamiento. Pues la mujer es quien ha dado una mayor respuesta favorable a los programas de atención primaria de participación (Mercado, F. 1993).

En el botiquín doméstico se encuentran principalmente los medicamentos que los médicos alópatas les recetan y que ellas van almacenando "... acostumbro atenderlos (a los miembros de su familia) antes de ir al médico (alópata), pero cuidando la forma, en los medicamentos (en su recipiente o envoltura) anoto para qué es y cuánto se debe de tomar" (Sra. Raquel, 34 años).

Lo anterior se debe principalmente a que no varían mucho las enfermedades, en el primer nivel de atención, de las familias estudiadas, por tanto, los médicos, por así decirlo, tienen una receta ya preparada para tal padecimiento¹³¹.

¹²⁹ Las cuales son opciones terapéuticas procedentes de la alopatía, homeopatía, naturismo, etcétera.

¹³⁰ Concepto mencionado y explicado en el marco teórico de la presente tesis rescatado de Zolla y Mellado, en "La función sociocultural de la medicina doméstica en el medio rural mexicano", 1992, p.71-92.

¹³¹ Durante la estancia investigativa en el centro de salud hubo periodos en los que había una gran demanda de atención por problemas respiratorios. Ante tal eventualidad, el médico (bromeando) le dijo a la trabajadora social que le ayudara a llenar recetas para adelantar trabajo.

En un primer nivel de atención hay cierta recurrencia en las prescripciones médicas, de ahí que las señoras sepan con regularidad que les va a recetar el médico respecto a un padecimiento cotidiano.

El que ellas establezcan un diagnóstico, un pronóstico y un tratamiento no únicamente responde a que el médico receta con regularidad lo mismo, entran otros factores como: las limitaciones de tiempo, las restricciones económicas, una larga espera en las instituciones de salud para recibir el servicio, falta de confianza en el médico y/o en el personal de salud. "Hace días cuando mi hijo se enfermó (de las vías respiratorias), yo trabajaba por la noche y pensé en llevarlo al IMSS, pero uno pierde mucho tiempo, así que para que arrojara las flemas le puse sábila asada a la altura del cuello. No obstante al día siguiente lo lleve al médico" (Sra. Magdalena, 35 años).

Por lo anterior cobra relevancia el botiquín familiar donde conservan medicamentos que sobraron de las últimas consultas y donde además incluyen medicinas que compraron en la farmacia o en la miscelánea de la esquina; es por eso que en base a su experiencia utilizarán la automedicación en enfermedades que les sean similares o recurrentes. "Si sirve lo que tengo, se los doy. Con que yo sepa que ha sido recetado para ese síntoma, se los doy" (Sra. Laura, 34 años).

El número de medicamentos alopáticos que tienen en su hogar es variable: el 41% mencionó tener entre 1 y 2, el 38% tiene 3 y 4 medicamentos, el 11.5% posee entre 5 y 6, el 6.4% cuenta con 7 ó más medicamentos, y únicamente el 3% dijo no contar con ninguno (ver cuadro 30).

Saber el tipo de medicamento que hay en una casa supone que la curadora doméstica sepa establecer un diagnóstico, pronóstico y un tratamiento. Asimismo, tener un botiquín en casa representa un tipo de reserva ante la amenaza constante de las enfermedades.

CUADRO 29
Número de medicamentos en casa

	Frecuencia	Porcentaje
1-2	96	41.0
3-4	89	38.0
5-6	27	11.5
7 o más	15	6.4
ninguno	7	3.0
Total	234	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

En un botiquín, según las madres de familia del Oportunidades registradas en el centro de salud Dr. Pedro Escobedo, hay utensilios indispensables para los primeros auxilios, como lo son gasás, desinfectantes, medicamentos y recetas ya antes utilizadas, los productos naturistas o los de herbolaria. También dentro del botiquín no faltan los medicamentos que son para pacientes especiales como aquellos que padecen enfermedades crónicas.

Los medicamentos más comunes dentro del botiquín doméstico para las amas de casa del Oportunidades son: los analgésicos con el 29.5%, los antiinflamatorios con el 20.1% y los antibióticos y antigripales con el 16.2%, (ver cuadro 31).

CUADRO 30
Medicamento más común

	Frecuencia	Porcentaje
analgésico	69	29.5
antiinflamatorios	47	20.1
antibióticos y antigripales	38	16.2
otros	74	31.6
ninguno	6	2.6
Total	134	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a las yerbas medicinales utilizadas en el ámbito doméstico, hay que resaltar que éstas corresponden a un saber médico, utilizando el conocimiento necesario para llevar a cabo remedios caseros en conjunto, esto deja entre ver la transmisión de una cultura médica llamada "tradicional" en cuanto a la percepción de la utilidad, no sólo de la parte alimenticia o decorativa sino también la parte curativa, del medio natural, como son las plantas.

Las señoras beneficiadas por el programa están obligadas, si quieren mantener su beca, a asistir a algún Centro de Salud, lo que inevitablemente e hipotéticamente muestra un intento de aculturación por parte de la medicina alópata hacia la población en general, y en este caso con gente de escasos recursos económicos según los parámetros de dicho programa asistencial.

Entonces se podría decir que las mujeres/amas de casa de alguna manera emplean el modelo médico institucional, pero además, el manejo de yerbas, en caso de enfermedad, para aminorar el mal o erradicarlo, es aquí cuando la gente combina prácticas médicas diferentes (por ejemplo la científicista y la tradicional), todo para mantenerse de pie y con ganas de salir al mundo y confrontarlo.

El uso de yerbas no sólo puede indicar un arraigo y una reproducción cultural-tradicional, sino que también, por la situación económica de las familias, que tienden a acudir tal vez por la valoración intrínseca que le otorgan al empleo de yerbas como fuente curativa, ya que la medicina farmacéutica podría igualarse a un producto suntuoso por su costo en algunos casos. Por lo tanto el manejo de yerbas en la disminución de la enfermedad se debe a una estrategia de supervivencia y bienestar (Mora y Hersch, 1990:107-113).

Las yerbas más utilizadas para regenerar la salud son las que curan o alivian enfermedades gastrointestinales, así lo corroboró el 73.8% de las encuestadas. El 4.7% ocupan alguna hierba para remediar los problemas relacionados con las vías respiratorias. El 6.4% las emplea para males como la alteración de los nervios, para las *enfermedades tradicionales*, para padecimientos crónicos, y el 13.2% restante dice no usarlas (ver cuadro 32).

CUADRO 31
Fines curativos de las yerbas

	Frec.	Porc.
p/ gastrointestinales	173	73.9
p/ vías respiratorias	11	4.7
p/ otras	15	6.4
ninguna	31	13.2
Total	234	100.0%

Fuente: Elaboración propia.

Con los datos y reflexiones anteriores se ha podido comprobar que las amas de casa del programa Oportunidades hacen uso de una diversidad de recursos terapéuticos para aliviar o contrarrestar las enfermedades en el ámbito doméstico, pero sin duda la experiencia más verificable y donde se agudiza más la intervención de la medicina doméstica son los *remedios caseros*, los cuales son la expresión en facto del saber médico acumulado, experimentado, transmitido, aprendido por la mujer-ama de casa a través de su relación histórica con el sector médico institucional, con su familia, con los vecinos y amigos, con su experiencia propia.

El antecedente anterior hace ver que los remedios caseros adquieren importancia, ya que se fundamentan en personajes reconocidos con un peso trascendental para la vida de las señoras y sus respectivas familias, personajes tales como la madre, la abuela, el médico, la suegra, la señora que soba.

Es en los remedios caseros donde se da una combinación y utilización de las prácticas médicas alternativas antes mencionadas, dando vida a lo que conocemos como medicina doméstica. Y son los remedios caseros los que se encargan del primer nivel de atención real cuando la mujer-ama de casa actúa como la diagnosticadora y recetadora de la familia.

Por su experiencia en el ámbito de la salud, la mujer-ama de casa se convierte o adquiere el rango de médica doméstica, pues, además, ella tiene cierta jerarquía dentro del ámbito familiar al punto de respetarla en sus decisiones y observaciones que haga respecto al acontecer de los miembros de la familia, incluyendo el tema salud-enfermedad-atención (Zolla y Mellado, 1992:71-92).

Para ser más puntuales, se puede ver en algunos remedios caseros la confluencia de distintos saberes médicos, como por ejemplo el *tradicional* con el alópata para una enfermedad de vías respiratorias, en su etapa inicial se aplica la ingesta de tés de yerbas en combinación con otros productos alimenticios comunes en las casas como la miel, el ajo, el limón, la naranja, el jitomate, la sábila, entre otros; además de complementar el tratamiento con un mejoral y en algunos casos con la visita directa al médico alópata. Esta acción curativa de las señoras se confirma cuando los médicos señalan que regularmente los pacientes, cuando acuden a consulta, "ya vienen untados y bebidos de cosas, en ocasiones, hasta raras", como lo son las recientemente mencionadas.

En cuanto a los datos obtenidos hay que reconocer que hay quienes dicen no utilizar ningún remedio casero, sin embargo hay que insistir que ha sido difícil dar a entender la conceptualización de lo que significa un remedio casero, y por si fuera poco, hay un cierto miedo por parte de las encuestadas a afirmar que utilizan remedios caseros, porque les asusta que les quiten su beca del Oportunidades, ya que las técnicas

para obtener datos para esta investigación se han aplicado en el mismo Centro de Salud y en representación del programa mencionado.

Sin embargo, quienes aceptaron recurrir a remedios caseros, estos se conforman de todo tipo de productos, por ejemplo: para los aires está "... el té de ruda con canela y chocolate" (Sra. Josefina, 34 años, vive en compañía de 8 personas más dentro de sólo 2 cuartos, de los cuales uno funge como cocina); "... para cortar la diarrea o el dolor de estómago se hierva *coca-cola* con limón" (Sra. Catarina, 28 años, de su madre y de su abuela aprendió); "... para la tos, se cuece canela, orégano y un diente de ajo en agua, se le agrega miel y limón, y se bebe" (Sra. Beatriz, 36 años, enfermera titulada, se encomienda a Dios ante el infortunio).

Por último, la diversidad de alternativas médicas utilizadas por las amas de casa del programa Oportunidades confirman lo que hoy día es conocido como medicina doméstica, la cual permea significativamente al interior de estas familias dentro de su clase social.

Consideraciones finales

Sobre la experiencia del estudio.

Como todo trabajo de investigación este esfuerzo es el resultado de una unión entre lo ideal y lo posible, se inició con importantes expectativas de acuerdo al planteamiento inicial, las cuales se vieron obstaculizadas por varias razones.

Desde el inicio de la formulación de esta tesis se intentó plantear una experiencia directa con los actores sociales, es decir, una temática antropológica que tuviera actualidad social, posibilidades de incursión laboral y titulación. En la revisión sobre la temática, aparecieron los ámbitos de la industria, la educación y la salud. La elección concensada fue hacia éste último.

Se eligió una forma de trabajo un tanto diferente de lo que se había visto hasta entonces dentro de nuestra licenciatura en lo concerniente a los seminarios de investigación en el área de la antropología de la salud, o sea, plantear la realización de un estudio grupal (con tres integrantes) dentro del medio urbano. Proyectarlo de esa forma se debió a que en la revisión bibliográfica sobre la antropología médica se encontró que esta área de estudio en el curso de los años ha tenido una automarginación en el medio urbano y un rol subalterno respecto al sector salud (Menéndez, 1990:25), lo cual ocasiona un desconocimiento sobre lo que es y hace un antropólogo en el universo de la medicina alópata. Lo anterior también motivó la idea de involucrarse con la institución de salud (SESEQ) con la finalidad de promover y difundir el oficio del antropólogo, así como nuestra labor para ayudar a reconocer y/o resolver problemáticas en las sociedades urbanas del presente siglo XXI.

La práctica médica doméstica, desde la óptica de los factores socioculturales que inciden en su práctica, constituye un *recurso* dentro del proceso salud-enfermedad para las amas de casa del estudio, con amplias posibilidades de que sea una práctica para la salud presente y/o que realizan todos los grupos sociales.

Esta práctica, a pesar de ser evidente su presencia histórica en el núcleo doméstico, ha escapado a la investigación tanto desde la perspectiva médica como la social, lo cual se puede evidenciar con la experiencia que tuvimos con las familias atendidas por el programa Oportunidades en el Centro de Salud Dr. Pedro Escobedo en la ciudad de Querétaro.

El estudio al interior del Centro de Salud, mostró que llegan pacientes en los que la utilización de la práctica médica doméstica (primer recurso de atención a la salud) ha tenido resultados nulos y/o ambiguos, lo que induce a que el personal de salud emita un juicio desfavorable hacia la atención médica que brindan las amas de casa, olvidando considerar: que la infraestructura y recursos humanos de las Instituciones de salud "oficiales" serían insuficientes al excluir a las "otras" prácticas médicas, así como, la numerosa cantidad de individuos enfermos que sí han resuelto sus problemas de salud en el ámbito doméstico y no recurren a la atención médica llamada profesional.

En relación al menosprecio de la práctica médica doméstica hay que cuestionar ¿dónde están los estudios, elaborados en el Centro de Salud, para calificar a la práctica médica doméstica como inútil y/o peligrosa?

Por lo anterior ha quedado expresado a lo largo de este trabajo que uno de los objetivos de esta tesis estuviera dirigido a mostrar que enfrentar la enfermedad es uno de los hechos más antiguos de la humanidad y de los grupos sociales, por tanto, enfrentar y superar el

estado patológico, no sólo es una preocupación de la comunidad médica-científica, sino que también es un valor básico de la familia impulsado principalmente por la mujer-madre. Asimismo, para observar las características del distanciamiento en estas posturas, mostramos la forma en que se va consolidando el MMH de Occidente a partir de los hallazgos microbianos del siglo XVII, con lo cual se manifiesta el fortalecimiento de la carrera médica con un enfoque biologicista al incorporarse a las estructuras del Estado, así como al avance tecnológico de la época. El fortalecimiento de la medicina "científica" es tan contundente que conduce a la biologización de la salud influyendo en todos los grupos sociales, pero al mismo tiempo "...se le empieza a valorar dogmáticamente¹³² como la medicina "buena", "la única", "la verdadera", excluyendo al resto (de las prácticas médicas) que es remitido a la falsedad, a la ignorancia y a la superstición"¹³³.

Los datos encontrados en el trabajo de campo y que se manifiestan en esta tesis muestran que no es la práctica médica doméstica la que se desvincula de la medicina hegemónica, por el contrario es el MMH y sus actores, desde sus recintos escolares y salas hospitalarias, los que se alejan de la atención médica doméstica. Además se apreció durante la investigación del proceso curativo de la práctica médica doméstica que: la práctica médica hegemónica y sus medicamentos son un recurso médico más dentro del campo de las diversas prácticas médicas existentes, principalmente en un 1^{er} nivel de atención.

Este trabajo implicó incluir la perspectiva socioantropológica la cual considera a la práctica médica doméstica dentro de los modelos de

¹³² "... es en los recintos escolares y en las salas hospitalarias donde aprendemos (los médicos del MMH) que nuestra práctica curativa es *la mejor*, lo cual es muy cierto para algunos géneros de enfermedad en que la tecnología avanzada resulta adecuada... De allí que las prácticas médicas populares -según algunos médicos radicales- deban ser olvidadas, negadas, o más aún, atacadas y reprimidas" (Campos, 1992:197)

¹³³ ídem

atención a la salud, esto, con la intención de determinar la importancia de la mujer-ama de casa en la actividad curativa dentro del ámbito doméstico. Como se evidenció, es en el núcleo familiar donde acontecen con mayor frecuencia y recurrencia las enfermedades, también es donde se inicia la carrera del enfermo; por lo cual es la mujer-ama de casa (mediadora entre la familia y el proceso salud-enfermedad) primordialmente la que tiene que actuar como curadora doméstica para detectar, diagnosticar y de ser necesario dar y decidir los primeros tratamientos y/o buscar ayuda de otro curador.

Estos hechos corroboraron otra de nuestras hipótesis en cuanto a que la práctica médica doméstica que realizan las amas de casa del estudio responde a una propuesta de supervivencia, debido a que, a la mujer como curadora doméstica lo que le interesa al enfrentar el estado patológico al interior de su núcleo doméstico es la obtención de resultados satisfactorios de los integrantes de su familia, lo que hace ajustar su práctica médica a: la situación económica, su actividad laboral, su estado civil, las condiciones de su vivienda, su práctica religiosa, la educación familiar, el número de hijos y los diferentes recursos terapéuticos que estén a su alcance. Estos factores influyen en la vida cotidiana y por lo tanto en la atención médica que ofrecen las amas de casa al interior de su unidad familiar¹³⁴.

Los factores encontrados que motivan a que las amas de casa del estudio recurran a diversas prácticas médicas diferentes a la hegemónica (incluyendo la doméstica), principalmente en un primer nivel de atención, están: la falta de recursos económicos, la falta de tiempo por la doble

¹³⁴ Si se dieran algunas características preponderantes de la clase de ama de casa de este estudio encontraríamos que: la mitad es de origen rural, en su mayoría no cuenta con vivienda propia, en promedio tienen de 2 a 3 cuartos (incluyendo cocina) donde habitan en promedio cinco integrantes de la familia, casi la mitad de las amas de casa está entre los 35 y 45 años de edad, la mayoría tiene de dos a tres hijos en promedio, la mayoría cuenta con un esposo o pareja y poco más de la mitad tiene que contribuir económicamente en el hogar.

carga laboral, que los médicos alópatas receten “siempre lo mismo”, que el servicio de salud “oficial” no resuelva sus malestares, una larga espera para lograr la atención médica profesional, que el médico de la unidad de salud muestre poco interés por su padecimiento y/o que les atienda en poco tiempo, mal trato por el personal administrativo y/o de enfermería y su conocimiento sobre las diferentes prácticas médicas.

Como se explicó en el capítulo 2, hay un avanzado proceso de medicalización a nivel social, lo cual se ratifica al formar parte las amas de casa del programa Oportunidades, pero las experiencias que se dan en su vínculo con la medicina “oficial” (Centro de Salud y su unidad de medicina familiar del IMSS, principalmente), hacen que las amas de casa en su práctica médica tengan que aprovechar y recurrir a “otros” recursos terapéuticos cercanos a ellas como los son: los de la medicina tradicional, el afecto y en general el manejo de las emociones con fines terapéuticos, las prácticas religiosas y los remedios caseros, así como que decidan aprovechar las medicinas de patente que tengan en su botiquín doméstico¹³⁵.

El final de un comienzo.

La práctica médica doméstica no necesariamente ni en la mayoría de los casos es una acción peligrosa, como lo hacen notar algunos miembros del sector médico oficial cuando la engloban al fenómeno de la autoatención, sin reconocer que es en la práctica médica doméstica donde se registran signos y síntomas de determinadas enfermedades, dándole frente a las mismas. Lo anterior se demuestra con base en los resultados de las entrevistas de la investigación y arroja una de las principales acciones que se pueden detonar, es decir, que el sector salud capacite a las familias para que sean autosuficientes en la prevención y atención de las

¹³⁵ No se descarte que también recuran a la atención médica “oficial” en su ámbito privado.

enfermedades llamadas de primer nivel; posibilitando sensibilizar a las instituciones y a la población en general a cambiar la percepción negativa que existe con respecto a la autoatención. Además cuando ya no exista alternativa para enfrentar enfermedades elementales (de primer nivel), las mujeres-amas de casa deben tener habilidad de seleccionar el tipo de especialista adecuado para determinado padecimiento, pues toda sociedad reconoce variados tipos de enfermedades pertenecientes a los diferentes modelos médicos.

De aquí que se sugiere se preste mayor atención y más confianza a lo que las señoras-madres-amas de casa pueden aportar en cuanto a lo que acontece en la unidad familiar sobre el conocimiento y la práctica en relación al proceso salud-enfermedad. Ya que emplean métodos, herramientas y recursos terapéuticos de fácil acceso para la población en general, por ello este trabajo sugiere la implementación de investigaciones bioquímicas, farmacológicas y clínicas para evaluar la eficacia de yerbas y demás sustancias caseras ordinariamente utilizadas.

Desde la perspectiva de esta investigación, se requiere de especialistas que pongan a dialogar la práctica médica hegemónica y la doméstica, para llegar a reconocer puntos de encuentro; para ello se propone trabajar con antropólogos o en general científicos sociales, para que éstos a su vez trabajen con los usuarios y los prestadores del servicio por medio de sondeos, visitas domiciliarias, realización de encuestas y al mismo tiempo utilizar otros instrumentos y técnicas de investigación como la estancia en el lugar donde habitan las familias, la observación directa y participante, el diario de campo, fichas de referencia, etcétera. Una de las vertientes principales de este esfuerzo estaría dirigida a cumplir los "ideales" de los programas de ayuda social ajustados a la realidad concreta de los sujetos inmersos en esta dinámica.

Por otra parte, conforme se fue desarrollando el trabajo fueron apareciendo múltiples tópicos e interrogantes relacionados en forma directa o indirecta con el tema de estudio. De algunos temas hubo alguna revisión somera, de otros ni siquiera se hizo mención de ellos, no obstante, algunos se ponen en consideración, esperando ser objeto de atención en un momento futuro. Consideramos que mejorando los instrumentos que se aplicaron para este estudio, se sostiene que existe una necesidad de estudios más amplios de exploración de la atención médica doméstica, como puede ser un estudio representativo a nivel Jurisdiccional, ello representaría la apertura hacia un conocimiento mayor y por lo tanto un reconocimiento formal hacia la atención médica doméstica. Además significaría el comienzo para establecer una dinámica dialógica común con esta práctica médica que es un recurso para la salud fundamental para las mujeres/amas de casa del Oportunidades.

No sólo se requieren estudios amplios sino también trabajos particulares, esto se menciona porque cada barrio y/o colonia que abarca el Oportunidades en el Centro de Salud, requiere exploración para tomar en consideración elementos particulares que influyen en la práctica médica doméstica y en el proceso salud-enfermedad-atención. Se sugiere indagar sobre la estructura, el desenvolvimiento e impacto de la práctica médica oficial en su carácter privado, la prevalencia de otras prácticas médicas no oficiales como: naturismo, homeopatía, "tradicional". Esto traería como consecuencias favorables la ampliación del conocimiento de los contextos sociales, históricos y culturales particulares que deberían tomarse en cuenta a la hora de aplicar programas de ayuda social. La información resultante se destinaría y se trabajaría en conjunto con los responsables de la aplicación del programa y con los beneficiarios para un adecuado funcionamiento de éste y un mayor entendimiento integral del proceso salud-enfermedad-atención.

Finalmente se recomienda abrir los espacios de actividad multimédica que lleven a una medicina integrativa.

Referencias bibliográficas

Aguirre Beltrán, Gonzalo.

1986, *Antropología Médica*. CIESAS, México.

1989, *Cuijla: esbozo etnográfico de un pueblo negro*, Fondo de Cultura Económica, segunda edición, México

Ángeles-Chimal, Petra, et. al.

1992, *Automedicación en población urbana de Cuernavaca, Morelos*. Salud Pública de México, México.

Anzures y María del Carmen Bolaños.

1983, *La medicina tradicional en México, proceso histórico, sincretismos y conflictos*. UNAM, México.

Babbie, E. R.

1988, *Métodos de investigación por encuesta*. FCE, primera edición en español, México.

Babini, J.

2000, *Historia de la Medicina*. Editorial Gedisa, segunda edición, Barcelona España.

Baena, P. G. y S. O. Montero.

S/F, *Comunicación Para la Salud*. Editorial Pax, primera reimpresión, México.

Bassols Batalla, Ángel.

1969, *Recursos naturales climas, aguas y suelos en México*. Editorial Nuestro Tiempo, México.

Beck, Ulrich.

2000, *Un nuevo mundo feliz. La precariedad del trabajo en la era de la globalización.* Paidós, Barcelona España.

2003, *Sobre el terrorismo y la guerra.* Paidós Asterisco, primera edición en español, Barcelona España.

Bronfman, Mario, et. al.

1997, *Del cuándo al por qué: la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios.* Salud Pública, México.

Brownlee, Ann.

1995, *Fomento de la investigación sobre sistemas de salud como instrumento de gestión.* Internacional Development Research Centre, Cánada.

Campos. N., Roberto. (compilador).

1992, *La Antropología médica en México.* Instituto Mora y UAM, primera edición, México.

Castro, Roberto.

2002, "En busca del significado: supuestos, alcances y limitaciones del método cualitativo", en Ivonne Szasz y Susana Lerner, *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad.* El Colegio de México, México.

Colomer, Concha y Carlos Álvarez-Dardet.

2001, *Promoción de la salud y cambio social.* MASSON, Barcelona España.

Comas, d'A. D.

1998, *Antropología Económica.* Editorial Ariel, primera edición, Barcelona España.

Comas Campos, Juan.

1957, *Manual de antropología física.* FCE, México.

Cordera Pastor, Armando.

1986, "Modelos de sistemas de atención médica", en la revista *Salud Pública de México*. México.

Corral Corral, C.

1994, *El razonamiento médico*. Díaz Santos, Madrid España.

De Azevedo, Fernando.

1942, *Sociología de la educación*. FCE, México.

De los Ríos, Rebeca.

1993, "Género, salud y desarrollo: un enfoque en construcción", en E. Gómez, *Género, mujer y salud en las américas*. OPS, Washington E.U.

De Miguel, J. y M. Kenny.

1980, *La antropología médica en España*. Editorial Anagrama, España.

Diamond, Jared.

1999, *¿Por qué es divertido el sexo?, ¿por qué los amantes hacen lo que hacen?, un estudio de la evolución de la sexualidad humana*. DEBATE, primera edición, Madrid España.

Díaz, X.

2002, *Salud, género y trabajo: una relación difícil*. Ministerio de salud y Servicio Nacional de la Mujer, Gobierno de Chile.

Echeverría Andrade, Bolivar.

2001, *Introducción a la filosofía de la cultura*. México.

Eliade, Mircea.

1979, *Tratado de la historia de las religiones*. Editorial Era, México.

Ffitzpatrick, Ray.

1990, *La enfermedad como experiencia*. CONACYT-FCE, México.

Foucault, Michel.

1980, *Microfísica del poder*. Editorial La Piqueta, España.

Frenk, Julio.

1988, "La Salud Pública: Campo de Conocimiento y Ámbito para la Acción", en la revista *Salud Pública de México*. México.

Gadamer, Hans-George.

1975, *Verdad y Método*. Editorial Sígueme, Salamanca España.

García, Carlos.

S/F. *Cuidado con los Consejos*. editorial Luctorum, México.

García, M. H.

1989, *Manual de investigación aplicada en servicios sociales y de salud*. La Prensa Médica Mexicana S.A. de C.V., segunda edición, México.

García Peralta, Beatriz.

1986, *La lógica de las grandes acciones inmobiliarias en la ciudad de Querétaro*. El Colegio de México, México.

Gobierno del Estado.

1986-1991, *Plan Querétaro*. México.

1991-1997, *Plan Estatal de Desarrollo*. Querétaro, México.

1998-2003, *Plan Estatal de Desarrollo*. Querétaro, México.

2001, *Anuario Económico*. Querétaro, México.

Gobierno Federal.

1982-1988, Secretaria de Salud, *Programa Nacional de Salud*. México.

2001, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). *XII Censo General de Población y Vivienda 2000. Querétaro de Arteaga*. Tabulados básicos, tomo I, México.

2002, Secretaria de Salud, *prontuario operativo para personal de salud. Programa de Desarrollo Humano Oportunidades*. México.

Goodman, Mary Ellen.

1972, *El individuo y la cultura*. Editorial Pax, México.

Gómez, E.

1993, *Género, mujer y salud en las Américas*. Washington, E. U.

Gómez López, Luis I. y María J. Rabaneque Hernández,

2001, "Concepto de Salud", en Concha Colomer y Carlos Álvarez-Dardet. *Promoción de la salud y cambio social*. MASSON, Barcelona España.

González Chávez, Lilian.

2000, "Capital social y transferencia de saberes entre las mujeres del subproletariado urbano", en Francisco J. Mercado Martínez y Margarita Torres López (compiladores), *Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica*. Plaza y Valdés, México.

González Montes, Soledad (compiladora).

1995, *Las Mujeres y la Salud*. Colegio de México, primera edición, México.

Hernández Sampieri, Roberto, et. al.

2000, *Metodología de la investigación*. McGrawHill, segunda edición, México.

Hernández Tezoquipa, Isabel, et. al.

2001, "El cuidado a la salud en el ámbito doméstico: interacción social y vida cotidiana", en *Revista Salud Pública*. Centro de Investigaciones en Sistemas de Salud e Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca Morelos, México.

Herrero Ricaño, Rodolfo.

1989, *Medicina tradicional en México*. UNAM, México.

Infante Castañeda, Claudia.

1988, "Bases para el estudio de la interacción de la familia-redes sociales-usos de servicios de salud", en *Revista de salud pública de México*. Vol. 30, No. 2, Instituto Nacional de Salud Pública, México.

Kroeger, Axel y Ronaldo Luna.

1992, *Atención primaria de la salud*. OPS-Pax, segunda edición, México.

Kuhn, Thomas S.

1971, *La estructura de las revoluciones científicas*. FCE, México.

López Austin, A.

1989, *Cuerpo humano e ideología*. UNAM, México.

Mendoza Rico, Mirza.

2003, *Nociones sobre el proceso salud-enfermedad en San Pablo, Tolimán*. Tesis para obtener el título de licenciado en antropología social. Universidad Autónoma de Querétaro, México.

Menéndez, Eduardo.

1990, *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. CIESAS y Cuadernos de la Casa Chata, México.

1990, "Autoatención y automedicación. Un sistema de transacciones sociales permanentes", en *Antropología médica, Orientaciones, desigualdades y transacciones*. CIESAS y Cuadernos de la Casa Chata, México.

1992, "Autoatención y automedicación. Un sistema de transacciones sociales permanentes", en Roberto Campos Navarro (compilador), *La Antropología médica en México*. Instituto Mora y UAM, primera edición México.

Mercado, Francisco Javier, et. al.

1993, *Familia, salud y sociedad. Experiencias de investigación en México*. U. De G. México.

Mercado M., Francisco Javier y Teresa M. Torres López (compiladores).

2000, *Análisis cualitativo en salud: teoría, método y práctica*. Plaza y Valdés, México.

Micklem, N.

1953, *La Religión*. FCE, segunda edición.

Módena, María Eugenia.

1990, *Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica*. Ediciones de la Casa Chata, México.

Mora, C. F. y M. P. Hersch,

1990, *Introducción a la Medicina Social y Salud Pública*. Trillas-UAM, segunda edición, México.

Munguía, Huato Román.

1988, *El Desarrollo urbano en la ciudad de Querétaro*. Universidad Autónoma de Querétaro, México.

Nanda, Serena.

1980, *Antropología cultural. Adaptaciones socioculturales*. Wadsworth Internacional-Iberoamérica, E. U.

Natera, Guillermina y Jazmín Mora.

2000. "La teoría fundamentada en el estudio de la familia y las adicciones", en Francisco J. Mercado Martínez y Margarita Torres López (compiladores), *Análisis cualitativo en salud. Teoría, método y práctica*. Plaza y Valdés, México.

Nieto Ramírez, Jaime.

1986, *Desarrollo rural en Querétaro. Crecimiento de San Juan del Río. Querétaro*. Universidad Autónoma de Querétaro, México.

Ortiz Quezada, Federico.

1984, *La salud en la pobreza*. Editorial Nueva Imagen, México.

Palacios W., Patricia.

1983, "El sistema médico", en *Gaceta informativa de los centros de investigación de la Universidad Autónoma de Querétaro* (revista de investigación). Universidad Autónoma de Querétaro, México.

Parson, Talcott.

1951, *El sistema social*. Ediciones de la Revista de Occidente, Madrid España.

Pérez Ruiz, M. Lorena.

1990, "La identidad como objeto de estudio", en Leticia Irene Méndez y Mercado, *I seminario sobre identidad*. Instituto de Investigaciones Antropológicas-UNAM, México.

Piña Perusquía, Abel.

2002, "Autoatención médica: una familia queretana del año 2000", en *Auriga* (revista de filosofía, antropología e historia). Universidad Autónoma de Querétaro, México.

Presidencia de la República, COPLAMAR.

1989, *Necesidades esenciales en México. Situación actual y perspectivas al año 2000*. COPLAMAR-Siglo XXI editores, tomo 4 "salud", México.

Ramírez Velásquez.

SIF, *La región en su diferencia: los valles centrales de Querétaro 1940-1990*. Editorial de la red nacional de investigación urbana, México.

Rico B. et.al.

SIF, *Políticas públicas en salud, género y mujer*. Calidoscopio de la salud.

Roderick, J. Lawrence.

1996, "Se buscan ideas para mejorar la salud en el medio urbano", en *Revista Internacional de Desarrollo Sanitario*. OMS, Francia.

Rodríguez Artalejo, F. Y Luis C. Abecia Inchauregui.

2001, "Determinantes de la salud", en Concha Colomer y Carlos Álvarez-Dardet, *Promoción de la salud y cambio social*. Barcelona España: MASSON.

Ruz, Mario Humberto.

1992, "Los profesionales de la medicina", en Campos (compilador), *La antropología médica en México*. Instituto Mora y UAM, primera edición, México.

Salleras, Sanmartí L.

1988, "La salud y sus determinantes", en *Anthropos* (revista de documentación científica y de la cultura). Universidad de Barcelona, España.

Salmeron, F.

1998, *Diversidad cultural y tolerancia*. Paidós, México.

Suvedi, Murari.

1998, profesor del AEE Center for Educative Studies, Michigan State University, en SAGAR, *programa del café, términos para el estudio de evaluación externa*.

Segalem, Martine.

1997, *Antropología histórica de la familia*. Taurus, segunda edición, España.

Schaffer, H. Rudolph.

2000, *Desarrollo social*. Editorial S.XXI, México.

Sigerist, Henry.

1988, *Enfermedad y Civilización*. FCE, México.

Susser, M. y W. Watson.

1982, *La Sociología en la Medicina*. Instituto Mexicano del Seguro Social, primera edición en español, México.

Szasz, Ivonne y Susana Lerner.

2002, *Para comprender la subjetividad: investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*. El Colegio de México, México.

Wolf, R. E.

1994, *Europa y la gente sin historia*. FCE, primera reimpresión, México.

Zolla, Carlos. y Virginia Mellado.

1988, *Medicina tradicional y enfermedad*. Edit. CIESSS, México.

1992, "La Función de la Medicina Doméstica en el Medio Rural Mexicano", en Campos, N. R. (compilador), *La antropología médica en México*. Instituto Mora y UAM, primera edición, México.

Referencias de la red

www.inegi.gob.mx/ (diciembre de 2003)

www.sesa-gro.gob.mx (enero de 2004)

www.sesa-dgo.gob.mx/026SSA298.doc (febrero de 2004)

www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/p040ssa203.html - 125k
(febrero de 2004)

www.queretaro.gob.mx (febrero 2004)

www.salud.gob.mx (junio de 2004)

www.funsalud.org.mx (junio de 2004)

www.e-local.gob.mx (enero de 2004)

Enciclopedias y diccionarios.

- Enciclopedia Universal Multimedia © Micronet S.A. 1999/2000.
- Diccionario ESPASA de Medicina. Facultad de Medicina, Universidad de Navarra, España.

Periódicos.

- Rodea, Felipe y Alfredo Flores, *Prevalece la inseguridad y discriminación, a pesar de los avances*. Diario de Querétaro, lunes 8 de marzo de 2004, pág. 3B.
- Cruz Martínez, Ángeles, "Hepatitis A, mal endémico asociado a la miseria". La Jornada, sociedad y justicia, México, domingo 24 de octubre 2004, pág.44,.
- Sánchez, Fernández Rebeca "Protección laboral limitada", Suplemento semanal de La Jornada. La Jornada en la economía, Núm 27.pág 7. 18 de octubre de 2004.

ANEXOS

ANEXO 1: GUIÓN DE INVESTIGACIÓN

El guión de investigación para abordar el estudio de la Medicina Doméstica consta de cuatro unidades de análisis con sus respectivas variables, las cuales se presentan a continuación.

DATOS GENERALES

EDAD	LUGAR DE NACIMIENTO Y PROCEDENCIA	COLONIA	CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA
Cuántos años tiene el informante	Dónde nació y cual fue su lugar último de residencia (movilidad)	En qué colonia habita actualmente.	Tipo de materiales, cuenta con servicios públicos, dimensión del espacio

DATOS SOCIOECONÓMICOS

OCUPACIÓN	ESCOLARIDAD	INGRESOS
En qué laboran o a qué se dedican las amas de casa y tomaremos en cuenta la ocupación del padre de familia.	Hasta qué grado escolar estudió	A cuánto ascienden los gastos mensuales en salud de su familia y quiénes son los miembros que contribuyen para tal fin.

DATOS DE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS SOBRE LA ENFERMEDAD

TIPO Y FRECUENCIA DE ENFERMEDADES	SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD	PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES	PROCEDENCIA DEL CONOCIMIENTO
Qué enfermedades conoce y cuáles son las más comunes que aquejan a su familia.	Detallar qué características tienen las enfermedades más recurrentes en cada familia.	Cuáles son las herramientas y estrategias que emplean para prevenir las enfermedades.	De dónde o de quién lo aprendió.
DIAGNÓSTICO	ITINERARIO CURATIVO	TOMA DE DECISIONES	ASISTENCIA AL MÉDICO
Peculiaridades que presentan los individuos para considerarlos enfermos.	Descripción del proceso tanto de la enfermedad como de su atención.	Quién toma la decisión para llevar a cabo las prácticas médicas en el hogar.	En qué momento de la enfermedad consideran pertinente acudir con algún especialista.

REDES SOCIALES DE AUTOAYUDA

FAMILIA	VECINOS	AMIGOS O CONOCIDOS	MEDIOS DE COMUNICACIÓN
La información obtenida con los parientes más cercanos.	Preguntar con qué vecinos tiene contacto y transmisión de conocimientos sobre el proceso de salud-enfermedad.	Las redes que se forman con las personas que influyen en el conocimiento del proceso salud enfermedad.	TV, Radio, Prensa, La red informática, revistas, etc.
ESCUELA	TRABAJO	INSTITUCIONES	MEDICINA TRADICIONAL
Conocimiento adquirido con maestros, alumnos y durante eventos realizado por la institución.	Medidas y estrategias curativas en su ambiente laboral.	Qué influencia tienen acerca del conocimiento y la práctica de los instrumentos que utilizan en la medicina doméstica.	Vínculo de la medicina doméstica con curanderos, parteras, sobadores, etc.

ANEXO 2: ENCUESTA APLICADA

ENCUESTA

NUM. DE FOLIO
DEL "OPORTUNIDADES": _____

1. DATOS DE LA ENCUESTADA.

MUNICIPIO O DELEGACIÓN _____

COLONIA. _____

2. CÓDIGO PARA EL CONTROL DE LA ENCUESTA:

LA NUMERACIÓN DE LA ENCUESTA INICIA DEL 001 HASTA EL 234

NUMERO / FORMA DE ENCUESTA	
FECHA	
RESULTADO	
HORA DE INICIO	
HORA DE TÉRMINO	

RESULTADO DE LA ENCUESTA.

(*) CÓDIGO PARA EL RESULTADO DE LA ENCUESTA

- | | |
|-----------------------------|---------------------------------------|
| 1 ENCUESTA COMPLETA | 4 ENCUESTA APLAZADA (HACER CITA) |
| 2 ENCUESTA INCOMPLETA | 5 OTRO (ESPECIFIQUE EN OBSERVACIONES) |
| 3 SE NEGÓ A DAR INFORMACIÓN | |

OBSERVACIONES: _____

INSTRUCCIONES: * MARCA O SEÑALA LA RESPUESTA CORRECTA Y ESCRIBE EN EL PARÉNTESIS EL NÚMERO QUE CORRESPONDA.

* EN DONDE HAYA LINEA CORRIDA ESCRIBE LO QUE SE PIDE, SI LA RESPUESTA LO REQUIERE.

I. DATOS GENERALES

1. EDAD: _____ ()

2. ESTADO CIVIL. _____ ()

- 1) SOLTERA
- 2) CASADA
- 3) SEPARADA
- 4) DIVORCIADA
- 5) VIUDA
- 6) UNIÓN LIBRE
- 7) OTRA _____

3. LUGAR DE NACIMIENTO _____ ()

- 1) CIUDAD DE QUERÉTARO
- 2) FUERA DE LA CIUDAD DE QUERÉTARO

SI ES DE FUERA: ¿DE QUÉ LUGAR? _____ ()

- 1) DE ALGÚN MUNICIPIO DEL ESTADO DE QRO.
- 2) EDO. GUANAJUATO
- 3) EDO. MICHOACÁN
- 4) S.L.P.
- 5) EDO. DE MÉXICO
- 6) D. F.
- 7) OTRO _____

4. ¿TIEMPO DE RADICAR EN QUERETARO? _____ ()

- 1) SIEMPRE
- 2) MENOS DE UN AÑO
- 3) DE 1 -5
- 4) DE 6 - 10
- 5) DE 11-15
- 6) DE 16-20
- 7) DE 21-25
- 8) MAS DE 25

5. ¿TIEMPO DE RADICAR EN SU DOMICILIO ACTUAL? _____ ()

- 1) SIEMPRE
- 2) MENOS DE UN AÑO
- 3) DE 1 -5
- 4) DE 6 - 10
- 5) DE 11-15
- 6) DE 16-20
- 7) DE 21-25
- 8) MAS DE 25

6. ¿VECES QUE HA CAMBIADO DE DOMICILIO EN LOS ULTIMOS 5 AÑOS? _____ ()

- 1) NINGUNA VEZ
- 2) DE UNA A DOS VECES
- 3) DE TRES A CUATRO VECES
- 4) MAS DE CINCO VECES

7. GRADO DE ESCOLARIDAD _____ ()
- 1) SIN ESCOLARIDAD
 - 2) SABE LEER Y ESCRIBIR
 - 3) PRIMARIA COMPLETA
 - 4) PRIMARIA INCOMPLETA
 - 5) SECUNDARIA
 - 6) SECUNDARIA INCOMPLETA
 - 7) PREPARATORIA
 - 8) PREPA INCOMPLETA
 - 9) CARRERA TÉCNICA O COMERCIAL
 - 10) OTRA ¿CUÁL? _____
8. ¿POR QUÉ MOTIVOS NO CONTINUO SUS ESTUDIOS O LOS DEJÓ INCOMPLETOS?-()
- 1) YA NO QUISE SEGUIR ESTUDIANDO.
 - 2) TUVE NECESIDAD DE TRABAJAR
 - 3) QUEDE EMBARAZADA
 - 4) ME CASÉ
 - 5) FALTA DE RECURSOS ECONÓMICOS
 - 6) FALTA DE ESCUELA
 - 7) POR QUE LA MUJERO NO ASISTIA A LA ESCUELA
 - 8) OTRO ¿CUAL? _____
9. NÚMERO DE PERSONAS QUE HABITAN EN SU DOMICILIO. (Familiares y no familiares)-()
- 1) 1-3
 - 2) 4-5
 - 3) 6-7
 - 4) 8-10
 - 5) 11-14
 - 6) MAS DE 15

II. DATOS SOCIOECONÓMICOS

1. ¿QUIÉN CONTRIBUYE PARA EL GASTO FAMILIAR? _____ ()
- 1) ELLA
 - 2) ESPOSO
 - 3) HIJOS
 - 4) OTRO ¿QUIÉN? _____
2. ¿A QUÉ SE DEDICA USTED? _____ ()
- 1) AMA DE CASA
 - 2) EMPLEADA
 - 3) OBRERA
 - 4) TRABAJA POR SU CUENTA. ¿EN DÓNDE? _____
 - 5) COMERCIANTE
 - 6) OTRO ¿EN? _____
3. ¿A QUÉ SE DEDICA SU ESPOSO? _____ ()
- 1) ESTUDIANTE
 - 2) EMPLEADO
 - 3) OBRERO
 - 4) COMERCIANTE
 - 5) TRABAJA POR SU CUENTA. ¿EN DÓNDE? _____
 - 6) OTRO _____

4. ¿CUÁNTOS "CUARTOS" TIENE SU VIVIENDA? _____ ()
(incluyendo cocina-sala- comedor - sala/comedor, como cuartos)?
1) 1
2) 2-3
3) 4-5
4) 6 A MÁS
5. ¿CON QUÉ SERVICIOS PÚBLICOS CUENTA? _____ ()
1) AGUA, LUZ Y DRENAJE
2) SIN AGUA
3) SIN DRENAJE
4) SIN GAS
5) SIN DOS O MAS SERVICIOS BÁSICOS
6) BÁSICOS Y ALGÚN OTRO
6. ¿CUENTA CON BAÑO CON REGADERA? _____ ()
1) SI
2) NO
3) SOLAMENTE CON BAÑO (WC / TAZA DEL BAÑO)
4) SOLO LETRINA
7. ¿SU VIVIENDA ES? _____ ()
1) PROPIA
2) RENTADA
3) PRESTADA _____
4) OTRA _____

III. DATOS SOBRE LA CONCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD EN LA FAMILIA NUCLEAR

1. ¿CUÁLES DE ESTAS ALTERNATIVAS MÉDICAS HA UTILIZADO? _____ ()
1) MEDICINA INSTITUCIONAL
2) MED. INSTITUCIONAL Y TRADICIONAL
3) MED. INSTITUCIONAL, TRADICIONAL Y HOMEOPATÍA
4) MED. INSTITUCIONAL, TRADICIONAL Y NATURISMO
5) MED. INSTITUCIONAL Y HOMEOPATÍA
6) MED. INSTITUCIONAL Y NATURISMO
7) OTRAS _____
2. ¿CUÁLES DE ESTOS PADECIMIENTOS "TRADICIONALES" CONOCE?
1) SI 2) NO
- 1) MAL DE OJO _____ ()
2) EMPACHO _____ ()
3) SUSTO O ESPANTO _____ ()
4) CAIDA DE MOLLERA _____ ()
5) DESINTERIA _____ ()
6) AIRES _____ ()
7) DIARREA _____ ()
8) TORCEDURAS _____ ()
(MÚSCULO - ESQUELETICAS)
9) DAÑO (BRUJERÍA) _____ ()
10) ANGINAS _____ ()
11) OTRA ¿CÓMO? _____
3. ¿QUÉ IMPORTANCIA TIENE PARA USTED LA RELIGIÓN EN EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES? _____ ()
1) MUY IMPORTANTE
2) ES IMPORTANTE
3) POCO IMPORTANTE
4) NADA IMPORTANTE

4. USTED TIENE O HA TENIDO PRIORIDAD POR ALGUIEN EN LA ATENCIÓN DE LA ENFERMEDAD DENTRO DE SU FAMILIA. _____ ()

- 1) SI
- 2) NO ¿POR QUÉ? _____

EN CASO DE HABER CONTESTADO SI LA PREGUNTA ANTERIOR: ¿DE QUIÉN (ES)?— ()

- 1) DE USTED MISMA
- 2) DE LOS HIJOS ¿DE QUÉ EDAD? _____
- 3) DEL ESPOSO
- 4) DE LOS ADULTOS

5. ACOSTUMBRA CONSENTIR (APAPACHAR) A LA PERSONA ENFERMA EN SU HOGAR ()

- 1) SI ¿CÓMO? _____
- 2) NO

6. APARTE DE USTED: ¿HAY ALGUIEN EN SU FAMILIA QUE ATIENDA O CUIDE A LA PERSONA ENFERMA? ()

- 1) NADIE
- 2) HIJO(S)
- 3) ESPOSO / PAREJA
- 4) PAREJA E HIJOS
- 5) FAMILIARES DE ELLA
- 6) FAMILIARES DE LA PAREJA
- 7) VECINOS
- 8) OTROS _____

7. ¿ENFERMEDADES COMUNES MAS FRECUENTES EN SU FAMILIA?

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

8. ¿ENFERMEDADES CRÓNICAS (DE LAS QUE NO SE QUITAN) MAS FRECUENTES EN SU FAMILIA?

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

9. ¿MEDICAMENTOS MAS COMUNES QUE TIENE EN SU CASA?

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

10. ¿YERBAS QUE UTILIZA CON MAYOR FRECUENCIA EN SU CASA?

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

11. ¿REMEDIOS QUE MAS UTILIZA EN SU HOGAR?

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

12. ¿QUÉ PRODUCTOS NATURISTAS TIENE EN SU CASA?

- 1) _____
- 2) _____

13. PRINCIPALMENTE QUIÉN LE HA DICHO COMO TRATAR ENFERMEDADES -()

- 1) SU MADRE
- 2) SU ABUELA
- 3) HERMANA (S)
- 4) VECINOS
- 5) CUANDO ACUDE A LA FARMACIA
- 6) CUANDO VE TELEVISIÓN
- 7) LOS MAESTROS DE LA ESCUELA
- 8) LAS INSTITUCIONES DE SALUD IMSS / SSA
- 9) EL CURANDERO
- 10) OTRO (S) _____

14. ¿CUALES SON LOS SERVICIOS DE SALUD QUE HA UTILIZADO Y QUÉ PIENSA DE ELLOS?

	NO UTILIZADO	MALO	REGULAR	BUENO	EXCELENTE
1) IMSS	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
2) SSA	(2)	(2)	(2)	(2)	(2)
3) ISSSTE	(3)	(3)	(3)	(3)	(3)
4) MÉDICO PRIVADO	(4)	(4)	(4)	(4)	(4)
5) MEDIC. TRAD. (yerbero-partera-sobador)	(5)	(5)	(5)	(5)	(5)
6) MEDIC. ALTER. (naturismo/homeopatía...)	(6)	(6)	(6)	(6)	(6)

15. LOS SERVICIOS MEDICOS DEL IMSS/SSA SIEMPRE HAN RESUELTO SUS PROBLEMAS ()
DE SALUD? 1)SI 2)NO

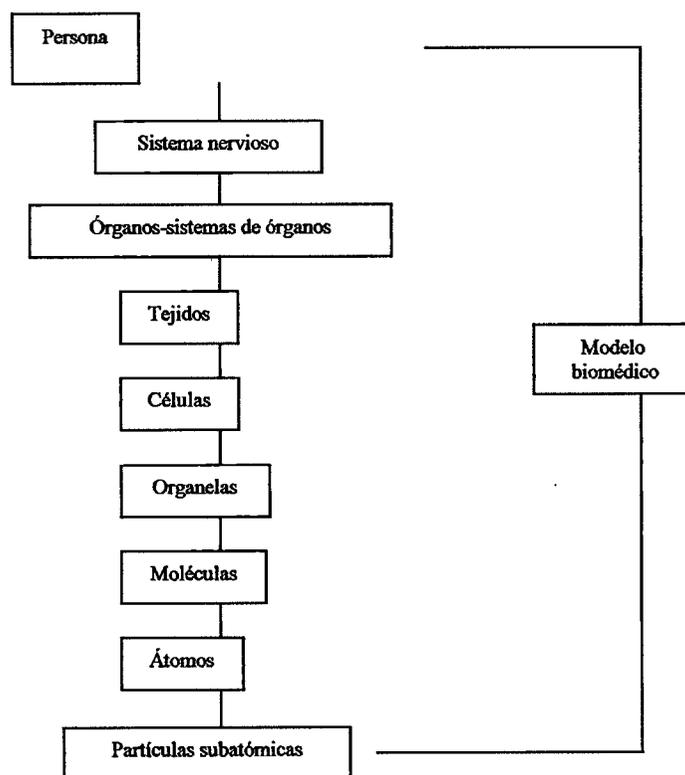
16. ¿UTILIZA LA AUTOMEDICACIÓN CON LOS MIEMBROS DE SU FAMILIA? _____ ()
1)SI 2)NO

17. ¿ALGÚN MIEMBRO DE SU FAMILIA: FUMA 1)SI 2)NO _____ ()
TOMA 1)SI 2)NO _____ ()
SE DROGA 1)SI 2)NO _____ ()

ALGÚN COMENTARIO: _____

ANEXO 3: MODELOS DE ATENCIÓN A LA SALUD

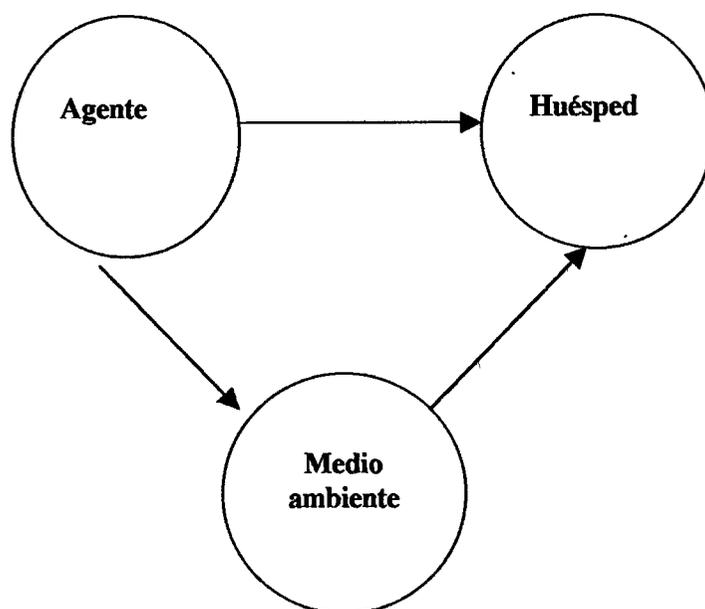
MODELO BIOMÉDICO



Fuente: Rodríguez y Abecia, 2001:17.

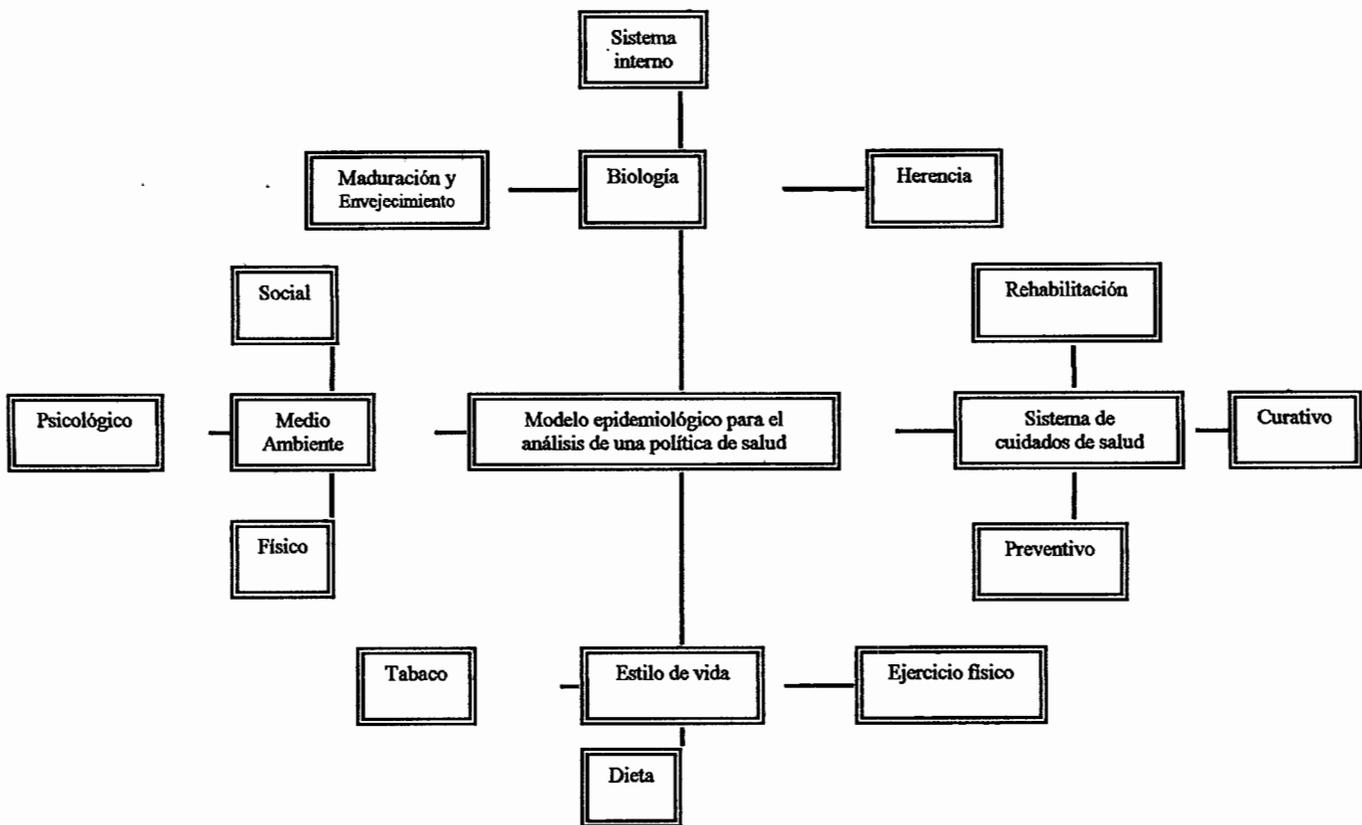
ANEXO 4: MODELOS DE ATENCIÓN A LA SALUD

MODELO ECOLÓGICO



Fuente: Rodríguez y Abecia, 2001:14.

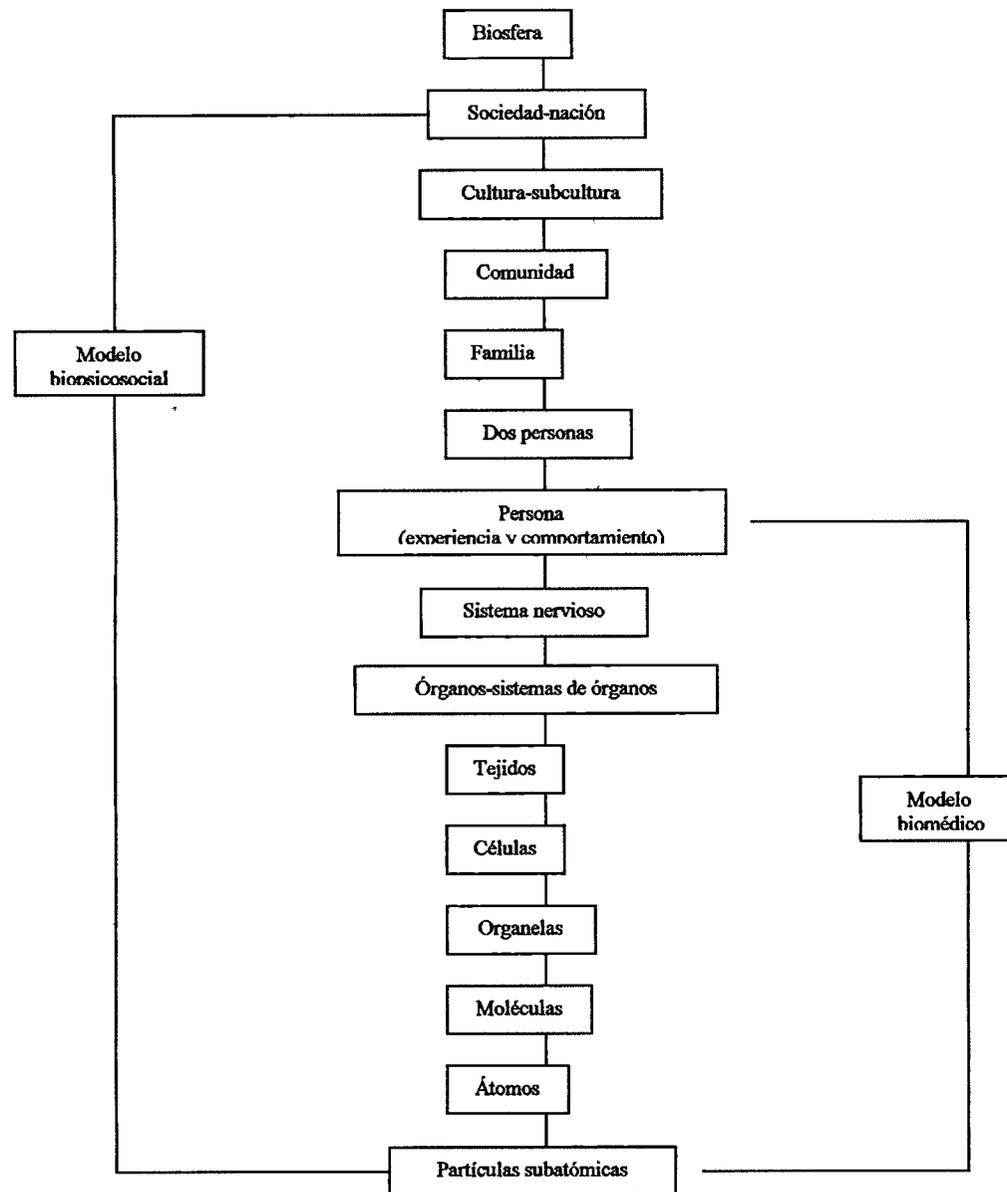
ANEXO 5: MODELOS DE ATENCIÓN A LA SALUD MODELO EPIDEMIOLÓGICO PARA EL ANÁLISIS DE LAS POLÍTICAS DE SALUD



Fuente: Rodríguez y Abecia, 2001:16.

ANEXO 6: MODELOS DE ATENCIÓN A LA SALUD

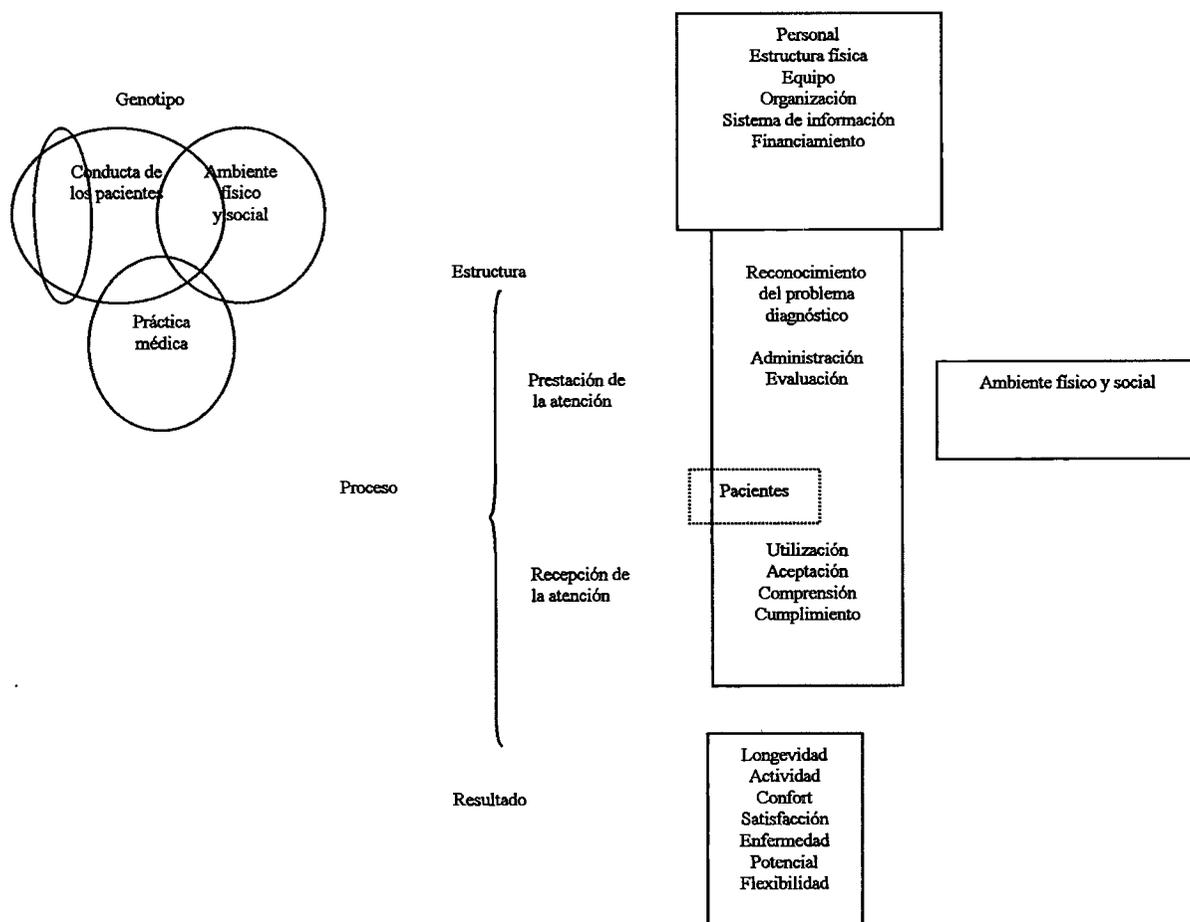
MODELO BIOPSIICOSOCIAL



Fuente: Corral, 1994.

ANEXO 7: MODELOS DE ATENCIÓN A LA SALUD

MODELO PARA EVALUAR EL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN



Modelo propuesto por B. Starfield (1973)

Fuente: Cordera, 1986: 234.