

ATENCIÓN DE SALUD EN MINORÍAS ÉTNICAS RURALES. ALGUNAS OBSERVACIONES ANTROPOLÓGICAS

Linda Young Garro¹ y James C. Young

Se examina la importancia que para los educadores de salud tienen las observaciones antropológicas al estudiar factores y necesidades culturales en relación con el diagnóstico de enfermedades, su evaluación y el proceso de decisión terapéutica. Se ponen de relieve nuevas tendencias en los modelos de adopción de decisiones que muestran la lógica subyacente a las elecciones en materia de salud.

Introducción

Las investigaciones antropológicas actuales en diversos sectores son de interés común para los antropólogos médicos y para los educadores de salud que trabajan con minorías étnicas y poblaciones indígenas en el medio rural. Cuando se consideran las necesidades que se han de estudiar para evaluar los factores que influyen sobre el uso de los servicios primarios de salud, sobresalen las siguientes: a) la necesidad de diferenciar el aspecto "étnico" del comportamiento en materia de salud de otras influencias, b) la necesidad de evaluar si la existencia de un "sistema popular tradicional de creencias médicas" es invariablemente un freno para la adopción de prácticas modernas de salud, c) la necesidad de proporcionar a las minorías étnicas conocimientos útiles para su autoatención y d) la necesidad de estudiar la posible integración de las formas tradicionales y occidental de la atención de salud.

Para facilitar el estudio de esas necesidades, en el presente artículo se exponen ex-

periencias propias llevadas a cabo en México, así como las de otros autores que se han ocupado de las creencias y comportamientos en relación con la atención de salud de minorías étnicas de EUA y otros países de las Américas.

Influencias "étnicas"

Las poblaciones rurales en general son las que sufren más enfermedades y, al mismo tiempo, consumen menor cantidad de atención médica (1). Cuando además una población rural es distinta étnicamente, cabe preguntarse en qué medida las diferencias en la utilización de recursos médicos son una consecuencia de los valores culturales. En muchas de las investigaciones sociológicas y antropológicas realizadas entre 1960 y 1970, la respuesta a esta pregunta era que la cultura tradicional del grupo étnico, y en particular las creencias y prácticas médicas nativas, eran la causa de la resistencia del grupo a adoptar prácticas modernas de salud y un tratamiento médico moderno (2). Esta posición caracteriza el modelo de las barreras culturales.

¹ University of Manitoba, Faculty of Medicine, Department of Social and Preventive Medicine, Winnipeg, Manitoba, Canadá R3E 0W3.

De acuerdo con dicho modelo si el personal de salud puede superar esas barreras, se consigue un mayor uso de la atención moderna de salud. Pero investigaciones más recientes (3-5) arrojan ciertas dudas sobre este modelo, al menos en lo que se refiere a servicios primarios de salud.

Otra explicación de los bajos índices de utilización de servicios de salud modernos estaría basada en factores externos a la comunidad. En general, las comunidades rurales son pobres, y están y se mantienen en la pobreza a causa de la marginalidad de las relaciones económicas y sociales que tienen con los centros urbanos. Esta marginalidad implica una falta de participación efectiva en la economía y la sociedad nacionales; la comunidad rural no tiene ningún control sobre el sistema ni participa en los beneficios que este puede aportar. Esta exclusión de una plena participación en la economía nacional es la que conduce a la pobreza. Si bien los habitantes de esas comunidades están integrados a la economía nacional por la necesidad de utilizar dinero para obtener mercancías y porque constituyen una reserva de la fuerza laboral necesaria para el desarrollo nacional, estructuralmente están muy apartadas de los centros que controlan los recursos económicos y, por lo tanto, no participan en los beneficios de ese desarrollo.

Esta marginalidad es la que conduce a los índices inferiores de utilización de los modernos servicios terapéuticos, en la medida en que ya estos están orientados hacia las ciudades y se facilitan sobre todo sobre una base de pago por servicio. De esta forma, los sistemas tradicionales de creencias y prácticas médicas, y el recurso a curanderos indígenas, persisten en gran medida porque satisfacen necesidades que no están cubiertas por otros sistemas. En otras palabras, la persistencia de una orientación tradicional o no científica hacia la enfermedad entre grupos étnicos rurales podría ser consecuencia de su difícil acceso al sistema oficial de atención de salud, en la

misma o en mayor medida que una causa de la limitada integración del grupo a ese sistema social.

Estos dos puntos de vista acerca de la intervención del carácter étnico tienen distintas consecuencias en los programas que intentan modificar las formas de búsqueda de tratamiento. El modelo de las "barreras culturales" implica que el cambio en las creencias de la gente es un requisito previo para modificar su comportamiento en cuanto a la enfermedad. La perspectiva de marginalidad, por otra parte, indica que la creación de verdaderas oportunidades para un cambio en el comportamiento ha de ser la base sobre la cual ocurran después los cambios en las creencias asociadas (6). La posición de las barreras culturales atribuye la responsabilidad primaria de los bajos índices de utilización a las propias personas; la posición de la marginalidad atribuye la responsabilidad a los prestadores de la atención de salud.

Prácticas de atención de salud en un poblado rural

Los resultados de nuestra investigación (4) sobre estas prácticas en Pichátaro, poblado rural de indios tarascos, en México, apoyan la posición de marginalidad. Al reconstruir para los investigadores sus períodos de enfermedad, los habitantes de dicho poblado con frecuencia introducían el concepto de fe, que se puede considerar como el cálculo que la persona hace sobre la posible eficacia de un tratamiento con remedios populares tradicionales o con medicina moderna en la cura de una determinada enfermedad. Las personas explicaban su elección de un tratamiento indicando que tenían más fe en una posibilidad que en la otra. Para investigar la naturaleza de los juicios de fe, se preparó un procedimiento especial de entrevistas. A 11 informantes se les dio tarjetas en las que se habían escrito los nombres de las

distintas posibilidades de tratamiento (incluidas las cuatro que eran las posibilidades principales de elección en el modelo de decisión: médicos, curanderos, practicantes—es decir no médicos prácticos locales de la medicina occidental, inclusive enfermeras—y autoasistencia). Acto seguido los informantes usaban esas tarjetas para ordenar por grado de importancia el tratamiento preferido para cada uno de 13 tipos de enfermedades. Al tratamiento que los informantes consideraban más eficaz para la curación de una enfermedad se le asignó el número uno, al segundo tratamiento en orden de eficacia se le asignó el número dos, y así sucesivamente. Se registró el promedio de los números asignados a cada tratamiento para una enfermedad específica. El orden de importancia de los tratamientos que se obtuvo con este método fue análogo a las declaraciones menos sistematizadas que la gente hacía al decir que una posibilidad era más cierta o más segura que otra.

El tratamiento que recibió la calificación media más alta fue el tratamiento por el médico (promedio de 1,5), lo que implicaba que esta alternativa se consideraba que ofrecía las mayores probabilidades relativas de curación. El tratamiento por practicante obtuvo un promedio de 2,6; por curandero de 2,7, y el del autotratamiento fue de 3,2 (este era, por consiguiente, el que daba las menores probabilidades relativas de curación). A excepción de un pequeño número de enfermedades pertenecientes a la tradición popular, como la "mollera caída" (fontanela hundida) y el "mal de ojo", la gente consideraba que los médicos eran los que tenían más probabilidades de curar la mayor parte de las enfermedades. Ahora bien, cabe preguntarse, por qué en muchos casos la gente decidía no recurrir a ellos.

La investigación tenía como meta principal la preparación de un modelo que mostrase los procesos de decisión de los residentes del poblado en cuanto al trata-

miento de las enfermedades. Además, en el curso de dicha investigación, se tomaron las historias de casos de todas las enfermedades existentes en una muestra de hogares seleccionados al azar, durante un período de seis meses. Una vez preparado el modelo, se pudieron seguir los casos individuales a través de él y aislar las consideraciones en que se basaba la decisión de una persona de no acudir al médico para tratamiento cuando un médico representaba una buena posibilidad, admitido un conocimiento de las normas por las que dichas decisiones se toman en Pichátaro. Se encontraron 38 casos de este tipo y la distribución de cada una de las tres consideraciones críticas fue la siguiente: en ocho de los casos (21%), la decisión se basó en una mayor fe hacia la medicina tradicional. En 22 casos (58%), la decisión de no recurrir a los servicios médicos se debió a la inaccesibilidad de estos o bien a que la persona no tenía bastante dinero o a que no existían medios para transportarla fuera del poblado. En los ocho casos restantes (21%), el médico ya había administrado un tratamiento recientemente y sin éxito, con lo que se había decidido explorar otras posibilidades.

Como muestran estos resultados, la dificultad más frecuente para acudir al médico era la percepción de inaccesibilidad de ese tratamiento. La mayor fe en la medicina tradicional popular fue el factor crucial solo en uno de cada cinco casos. Así, en lo que respecta a Pichátaro, no se puede considerar que las particularidades étnicas o la orientación hacia lo tradicional y popular sean la causa primaria de los bajos índices de utilización del moderno tratamiento médico, sino más bien las dificultades de acceso a esa posibilidad.

También ha contribuido a que se ponga en duda la importancia del modelo de las barreras culturales para la atención de salud a grupos étnicos rurales la observación de que las creencias populares tradicionales acerca de la enfermedad no mantienen

una relación constante con los cambios en el comportamiento en cuanto a la salud y a la enfermedad.

Creencias médicas populares tradicionales y atención de salud

Como parte de sus tradiciones culturales, muchas minorías étnicas poseen sus propias teorías acerca de la enfermedad y las prácticas correspondientes, que son bastante incompatibles con las teorías médicas modernas. Cuando la gente cree que se enferma a causa de un desequilibrio entre fuerzas "calientes" y "frías" dentro de su organismo, o por medios mágicos, parecería lógico suponer que tales creencias van a constituir un obstáculo para la adopción de medidas curativas científicamente válidas. Aun cuando tal conclusión podría parecer evidente, hay datos que indican lo contrario.

En primer lugar, estaría la frecuencia de enfermedades específicas de la tradición popular. Por ejemplo, cuando se examinan las creencias y prácticas médicas de mexicanos y estadounidenses de origen mexicano del medio rural, invariablemente se llegan a mencionar fenómenos como el "mal de ojo", la "mollera caída" y las enfermedades producto de la brujería (7). Como se considera que tales enfermedades solo se pueden curar mediante métodos tradicionales o por la acción de los especialistas nativos, los curanderos, esos diagnósticos excluyen la posibilidad del tratamiento por un médico. Sin embargo, concluir de ello que ese tipo de ideas representa una barrera universal contra el empleo de la atención de salud occidental sería olvidar la posibilidad de que la incidencia de enfermedades específicamente populares tradicionales pueda ser bastante baja. En la muestra de Pichátaro y en las historias de casos recopiladas se observó que en menos de un 10% de todos los casos registrados se juzgaba que la enfermedad era solo tratable mediante métodos popu-

lares. El 90% restante se consideraba potencialmente curable o bien por el tratamiento tradicional o bien por el moderno. El que después una enfermedad determinada recibiese un tratamiento moderno dependía en gran medida de que se estimase suficientemente grave como para justificar los gastos de tal procedimiento.

Estudio comparativo en dos poblados rurales

Los resultados obtenidos en el análisis de los factores que influyen en la no utilización de médicos nos indujeron a realizar un estudio comparativo en Uricho, un poblado próximo a Pichátaro, también de origen tarasco, pero que tenía un acceso mucho mejor a los servicios primarios de salud, incluida una clínica muy cercana, gratuita y dotada de médicos (8). Se recogieron historias de casos de enfermedad en una muestra seleccionada al azar de hogares de ambos pueblos. La muestra de Pichátaro fue la misma que la de la investigación anterior (4). Se interrogó a los miembros de cada hogar acerca de todas las enfermedades que habían padecido y del tratamiento que habían recibido durante los dos meses precedentes. Así se registraron 118 episodios para la muestra de Pichátaro y 107 para la de Uricho.

Un posible factor que pudo influir en la validez de los resultados al comparar la selección del tratamiento en los dos poblados sería la posibilidad de que los sujetos de una de las muestras estuvieran experimentando durante el período de acopio de datos enfermedades que ellos pudieran considerar particularmente graves. Este punto es importante pues en la investigación previa (4) la gravedad de la enfermedad se reveló como un factor de consideración para las decisiones terapéuticas, ya que las enfermedades más graves tendían a ser puestas en conocimiento de los médicos. Sin embargo, la comparación entre la gravedad que a juicio del informante tenían las

enfermedades entre las dos series de casos permitió concluir que era equivalente a todos los efectos prácticos: por ejemplo, 17,8% de las enfermedades se consideraron graves en Pichátaro y 18,7% en Uricho. Las calificaciones de moderadamente graves y benignas difirieron como máximo en 2,8 puntos de porcentaje entre los dos pueblos.

Se observó, además, que las personas de Uricho solicitaban tratamiento médico dos veces más que en Pichátaro y que la media de visitas médicas al hogar era casi tres veces mayor que el encontrado en la muestra de hogares de Pichátaro. Se investigaron las creencias acerca de la enfermedad en ambos lugares utilizando métodos de interrogación intensiva y técnicas de modelos de computadora, pero no se pudo demostrar la existencia de diferencias significativas y sistemáticas en cuanto a las creencias acerca de la enfermedad de las dos muestras. Las creencias con respecto a las enfermedades no estaban orientadas hacia la teoría médica moderna y eran tan tradicionales como las encontradas en Pichátaro. Estas creencias no son un obstáculo para la medicina curativa moderna cuando esta es accesible, tanto desde el punto de vista físico como desde el económico. Naturalmente, esto no demuestra que los habitantes de Uricho utilicen los servicios del médico de forma óptima o que obtengan el máximo fruto de esos servicios.

Otras consideraciones

En lo que respecta al cumplimiento de las instrucciones terapéuticas, las ideas tradicionales populares pueden tener un efecto más significativo. En un estudio acerca del cumplimiento de un régimen antihipertensivo entre residentes de Santa Lucía, en las Indias Occidentales (8), se encontró una correlación significativa entre las creencias tradicionales acerca de la enfermedad y los bajos índices de cumplimiento. Otros estudios han hallado efectos simila-

res entre grupos de estadounidenses negros (9) y entre indios guatemaltecos (10). Por consiguiente, lo que podemos concluir es que las creencias médicas tradicionales populares de una población plantean problemas variables en cuanto a la introducción de cambios en el comportamiento relacionado con la salud. Los datos disponibles indican que ese factor es bastante menos significativo que la accesibilidad para la utilización de los servicios primarios de salud. Parece, en cambio, más importante tener en cuenta el sistema etnomédico de creencias, y, siempre que sea posible, proponer cambios acordes con el sistema, principalmente si la obediencia del paciente a las instrucciones es necesaria para el éxito del tratamiento. Probablemente lo más importante de todo sea el problema que se plantea en el sector de las prácticas preventivas de salud (11).

Educación para la salud y autoatención

La tendencia al aislamiento de las minorías étnicas rurales, con respecto al sistema médico científico, conlleva una mayor frecuencia de autodiagnósticos y autotratamientos. Entre las poblaciones rurales de México y de otros países de América Latina el entusiasmo por los medicamentos modernos conduce al empleo frecuente en el tratamiento doméstico de las enfermedades de sustancias farmacéuticas de uso delicado. En una gran parte de América Latina es común que muchos medicamentos que oficialmente requieren una receta médica para su venta se puedan adquirir con toda facilidad. Algunos estudios indican que las prácticas de comercialización de fabricantes y expendedores de medicamentos fomentan esa forma de uso (12). Los datos obtenidos en nuestra investigación en México muestran que entre todos los casos de uso de medicamentos que normalmente serían de prescripción facultativa, menos de la mitad habían sido recetados por un médico.

Es en especial prevalente el uso indiscriminado de antibióticos, y de preparaciones inyectables en lugar de las que se administran por vía oral.

Aunque las farmacias representan una posibilidad de abastecimiento muy importante que se emplea con frecuencia, son pocas las investigaciones sistemáticas que se han realizado acerca del uso de estos establecimientos y de los farmacéuticos como agentes de atención de salud. Por consiguiente, los comentarios que a continuación se formulan están basados en nuestras experiencias en Pichátaro y deben considerarse como sugerencias para programas educativos y como una petición de que se hagan más investigaciones sobre esta materia.

En Pichátaro era frecuente que la gente guardara los envases vacíos de los medicamentos como indicación de la terapia que debía emplearse si la misma persona sufría una recurrencia de la enfermedad o si algún familiar o algún amigo caía enfermo con síntomas iguales o semejantes. Con frecuencia este medicamento había sido inicialmente prescrito por un médico. Cuando se presentaba el siguiente caso de enfermedad, se llevaba a la farmacia el recipiente vacío, y se solicitaba y empleaba uno igual. Esta es a menudo una posibilidad terapéutica efectiva, pues es barata y, muchas veces, eficaz. Por otra parte, tratándose de pacientes de distintas edades y pesos, o de embarazadas, esta práctica puede tener resultados desastrosos.

En lo que se refiere a la preferencia hacia las medicinas inyectables, se observó que muchas veces era un factor en el uso de las farmacias. Por ejemplo, varias familias de Uricho afirmaron que preferían ir a la farmacia y comprar una inyección que ir a la clínica gratuita dotada de personal médico, pues con frecuencia los facultativos prescribían píldoras en lugar de inyecciones. En general, se consideraba que las píldoras eran un preparado médico menos poderoso que las inyecciones. Naturalmente,

el problema que aquí se plantea es que los antibióticos fuertes utilizados con tal frecuencia pueden no ser eficaces cuando sean realmente necesarios.

Un gran número de informantes expresaron, además, la idea de que, desde muchos puntos de vista, los farmacéuticos eran equivalentes a los médicos. Muchas farmacias disponían de pequeños consultorios donde se diagnosticaba, se prescribía y se administraba el tratamiento y en más de una ocasión la gente afirmó que había ido al médico cuando en realidad había visto al farmacéutico. Otro aspecto de este problema es que muchos farmacéuticos que practican la medicina no tienen los títulos necesarios ni siquiera para ser farmacéuticos y, sin embargo, administran medicamentos potentes a las personas que los consultan.

Una solución a este problema sería inculcar a la gente conocimientos suficientes para que usen apropiadamente los medicamentos a los cuales, con toda probabilidad, seguirán teniendo libre acceso, y el darles a conocer quiénes son realmente los farmacéuticos y cuál es la función que les corresponde en la atención de salud. Un paso en la buena dirección es el libro *Donde no hay doctor (13)*, que constituye un intento práctico por determinar cuáles son las enfermedades que la gente puede tratar de curarse por sí misma sin recurrir al médico, usando productos farmacéuticos, pero en el cual se establece de manera clara los casos en que es necesario un médico. Dadas las limitaciones de tipo económico y de transportes, será en este punto en el que convenga enfocar las actividades de educación en salud.

Integración de la atención de salud popular tradicional y la occidental

Como es frecuente que en los grupos étnicos rurales existan tradiciones curativas bien estructuradas, a veces se ha propuesto incorporar a los nativos especialistas al sis-

tema oficial de salud. Sin embargo, todos los intentos realizados a este respecto con frecuencia se han limitado a "enseñar al práctico un mínimo de medicina occidental, tratando al mismo tiempo de inducirle a que abandone las prácticas previas" (14). Este método descarta los indudables beneficios que se pueden obtener si se auspicia a los curanderos indígenas. Muchas veces se trata de un beneficio psicoterapéutico y más adaptado que la psiquiatría occidental al tratamiento de las tensiones y problemas particulares de los miembros de un grupo étnico. Estos problemas se han investigado bien en los casos de los curanderos espiritistas portorriqueños (15), de la curación espiritualista en México (16) y del curanderismo entre los estadounidenses de origen mexicano (17). Si, como puede suceder, los curanderos indígenas son más eficaces en aquellos sectores en que más falla la medicina occidental, la simple aceptación (y, cuando corresponda, el fomento) de la utilización de los dos sistemas, podría constituir el mejor medio de "integración" de ambos. Partiendo del supuesto de que la población de clientes va a seguir un proceso pragmático en su toma de decisión, en un medio en el que ambas alternativas son plenamente accesibles y en el que no se estigmatiza el empleo de ninguna de ellas, parece probable que esa disposición pluralista sea más efectiva que cada uno de los sistemas por sí mismo para satisfacer todas las necesidades de la población.

Antropología y educación para la salud

En la sección precedente se ha tratado de señalar algunos campos en los que posiblemente la experiencia y las investigaciones de los antropólogos podrían ser útiles al educador de salud en cuanto a su intervención en la prestación de asistencia. Como antropólogos, deseamos encarecer la necesidad de que se comprenda cómo

las personas que se estudian perciben las posibilidades que tienen con respecto a los métodos de tratamiento disponibles. En el cumplimiento de este objetivo se unen el educador de salud y el antropólogo. Varias afirmaciones de este tipo se encuentran en publicaciones internacionales concernientes a la educación para la salud. Por ejemplo, en cuanto al diseño del programa se ha dicho que para evaluar las necesidades de las personas el educador debe ser capaz de empatizar con ellas y de ver los problemas de la gente a través de los ojos de esa misma gente (18). Esta afirmación se aproxima al célebre aforismo de Malinowski acerca de las metas de la antropología: "Aprehender el punto de vista del nativo, su relación con la vida, percibir la visión que *éste* tiene de *su* propio mundo" (19).

La interacción entre antropólogos y educadores para la salud es benéfica para unos y para otros. Por una parte, está el antropólogo que vive en el medio cultural, y que mediante la observación participante y técnicas sistematizadas trata de comprender la cultura en toda su profundidad. Al ocuparse de la atención de salud, los antropólogos tratan de evaluar dentro de su más amplio contexto cultural las creencias y las prácticas en cuanto a la enfermedad. Las descripciones y explicaciones del antropólogo proporcionan datos básicos valiosos para las actividades del educador de salud. Por otra parte, el educador de salud trabaja e imparte la instrucción en el medio cultural. Los problemas que este encuentra para poner en práctica los programas docentes y evaluar su eficacia abonan el terreno para la labor del antropólogo, cuya misión es explicar tanto los éxitos como los fracasos del programa del educador. En el curso de nuestras investigaciones hemos recabado datos acerca de los conceptos que tiene la gente sobre su cuerpo; qué órganos están en su interior y cómo funciona el cuerpo en su totalidad. Este conocimiento es

valiosísimo para comprender cómo las personas diagnostican y evalúan sus enfermedades. Este es el tipo de datos que necesitan los educadores de salud cuando tratan de impartir sus enseñanzas acerca del funcionamiento del organismo o de la enfermedad en general. El éxito que los vendedores ambulantes de productos médicos tienen en sus ventas se debe a que ellos comprenden y explotan el concepto que la gente tiene acerca de su propio organismo. A nuestro juicio, el educador de salud podría tener también más éxito en la venta de sus productos si supiera lo que la gente piensa acerca de sus propio cuerpo y de sus enfermedades, y tomase este conocimiento como punto de partida.

Modelos etnográficos

En los últimos años, los antropólogos han elaborado nuevos métodos que permiten la investigación de conceptos de salud tomando como base la percepción de los usuarios (4). Estos métodos examinan las consideraciones que intervienen en las decisiones de las personas al optar por un tratamiento y las posibilidades que perciben como accesibles, así como las técnicas aptas para modelar el proceso de la toma de decisiones entre las distintas posibilidades. Esos modelos obtenidos por métodos etnográficos han demostrado poseer una considerable capacidad de predicción. Nuestro modelo formal de elección médica en Pichátaro (4, 20) se preparó mediante una serie de técnicas de entrevistas estructuradas, que permitió descubrir los criterios por los que se regía la población para evaluar la situación de enfermedad. Con esta información fue posible construir una serie de reglas de decisión trazadas a partir de las declaraciones de los informantes acerca de las condiciones en las que se recurría a las distintas posibilidades de tratamiento. Este modelo, derivado de declaraciones verbales, se comparó entonces con deci-

siones actuales sobre tipos de tratamientos utilizados por una muestra de informantes independiente de la que sirvió para deducir los criterios de decisión. En los datos obtenidos de 323 episodios reales de enfermedad, el modelo explicó correctamente el 91% de las elecciones terapéuticas realizadas.

Si el objetivo de la educación del consumidor en lo que respecta a los servicios de salud consiste en enseñar a la gente cómo decidir mejor cuándo y cómo utilizar determinados servicios de salud en un momento de necesidad (21), los métodos etnográficos pueden proporcionar la información necesaria acerca de la lógica de elección existente en relación con la cual se pueden preparar programas efectivos. Desde un punto de vista más general, el mejoramiento de la calidad de la toma de decisiones de la población en cuanto a atención de salud, requiere conocer cómo se adoptan esas decisiones en el momento actual. Esto se pone de manifiesto en un proyecto reciente destinado a reducir el número de mujeres que llegaban a una clínica de maternidad antes del comienzo del trabajo del parto (22). En vista del gran número de clientes de origen hispánico que acudía a la clínica, se pidió a una antropóloga con experiencia en América Latina que determinase en qué se basaba una mujer para adoptar su decisión de acudir al hospital. Se descubrió que las instrucciones que daba el hospital eran con frecuencia ineficaces o se interpretaban mal, pues se partía del supuesto de que las mujeres tenían los mismos conceptos que el personal hospitalario sobre el proceso del parto y sus distintas fases. Tomando como punto de partida los datos etnográficos relativos al concepto que realmente tenía la población de clientes acerca del parto, la antropóloga pudo preparar una guía culturalmente adecuada para la identificación precisa del trabajo del parto, con lo cual se redujo el número de visitas repetidas.

Aparte de su utilidad en las fases iniciales de definición del problema en los

programas de educación para la salud, los métodos etnográficos de establecimiento de modelos de decisiones pueden también desempeñar una importante función en la evaluación de los programas. Pueden establecerse modelos de decisión que incorporen criterios significativos para los planificadores de los programas, métodos que puedan proporcionar una retroinformación inmediata acerca de los factores que están promoviendo, que pueden asimismo señalar cuáles son los factores limitantes, y hasta qué punto se adoptan los cambios que se están introduciendo. El modelo puede aclarar no solo quién adopta el cambio sino también por qué unas personas lo adoptan y otras no lo hacen. Tales modelos, cuya utilidad quedó demostrada en el sector del desarrollo agrícola (23), parecen ser asimismo valiosos para los programas de educación de salud.

Otras observaciones antropológicas

Además de los modelos de decisión, se pueden utilizar otras observaciones antropológicas para evaluar la eficacia de los programas de educación, al determinar si las creencias modernas en materia de salud han quedado realmente integradas en el sistema de creencias existente. Por ejemplo, en Pichátaro, en entrevistas abiertas en las que se investigaban las creencias sobre las causas de las enfermedades, muchos informantes afirmaron espontáneamente que ciertos padecimientos podían ser causados por gérmenes. Sin embargo, cuando se les preguntó si determinadas enfermedades específicas podrían ser causadas por gérmenes, hubo poco o ningún consenso en las respuestas. Con frecuencia, personas que aseguraban que había enfermedades que se debían a los gérmenes, al encontrarse frente a una lista de enfermedades conocidas por la persona en cuestión afirmaban que los gérmenes no eran la causa de ninguno de esos padecimientos.

Por consiguiente, la teoría de los gérmenes se había incorporado en el sistema de creencias sobre enfermedades en un nivel general, pero no había quedado bien especificada en lo que respecta a enfermedades determinadas y a las consiguientes medidas preventivas.

Dada la frecuencia con que se solicitan métodos de evaluación cualitativa (24), se puede afirmar que los educadores para la salud podrían beneficiarse de una colaboración más estrecha con los antropólogos. Es indudable asimismo que la antropología podría beneficiarse en gran medida si sus métodos y observaciones pudieran someterse a prueba en el mundo real en que trabajan los educadores para la salud.

Resumen

En el presente artículo se exponen algunos sectores de la investigación antropológica actual que interesan a los educadores de salud en poblaciones indígenas rurales. Se examinan cinco aspectos importantes relativos a la utilización de los servicios primarios de salud: 1) la persistencia de una orientación popular tradicional en lo que respecta a la enfermedad puede ser tanto consecuencia de las dificultades de acceso al sistema oficial de atención de salud como causa de la limitada integración del grupo en ese sistema; 2) la existencia de un "sistema popular tradicional de creencias médicas" no siempre impide que se adopten prácticas modernas de atención de salud; 3) la elevada incidencia de autodiagnósticos y autotratamientos plantea problemas importantes a los educadores de salud, sobre todo en lugares donde el fácil acceso a medicamentos ha favorecido el uso habitual de estos; 4) la observación frecuente de que los curanderos indígenas tienen su máxima eficacia en sectores en los que la medicina occidental se revela mínimamente eficaz, autoriza a suponer que la atención de salud popular y la occi-

dental se podrían tal vez integrar de un modo óptimo si se aceptara la utilización simultánea de ambas, y 5) los métodos antropológicos contemporáneos para el análisis de las decisiones de los clientes

ofrecen un instrumento de investigación nuevo e importante tanto para las fases iniciales de definición del problema como para la evaluación de los resultados. ■

REFERENCIAS

1. Roemer, M. *Rural Health Care*. Saint Louis, C. V. Mosby, 1976.
2. Anderson, R., Lewis, Z. S., Giachello, A., Aday, L. A. y Chiu, G. Access to medical care among the Hispanic population of the Southwestern United States. *J. Health Soc Behav* 22:78-89, 1981.
3. Moerman, D. *Extended family and popular medicine on St. Helena Island, S.C.: Adaptations to marginality*. Departamento de Antropología, Universidad de Michigan, 1974. Tesis de Doctorado.
4. Young, C. J. *Medical Choice in a Mexican Village*. New Brunswick, Rutgers University Press, 1981.
5. Erasmus, J. C. *Man Takes Control*. Minneapolis, University of Minnesota Press, 1961.
6. Woods, C. y Graves, T. *The Process of Medical Change in a Highland Guatemalan Town*. Latin American Studies Series 21. Los Angeles, Universidad de California, 1973.
7. Galli, N. *Foundations and Principles of Health Education*. Santa Barbara, John Wiley, 1978.
8. Young, J. C. y Garro, L. Y. Variation in the choice of treatment in two Mexican communities. *Soc Sci Med* 16:1453-1465.
9. Snow, L. Folk medical beliefs and their implications for care of patients. *Ann Intern Med* 81:82-96, 1974.
10. Logan, M. Humoral medicine in Guatemala and peasant acceptance of modern medicine. *Hum Organ* 32:385-395, 1973.
11. Paul, D. B. ed. *Health, Culture and Community*. New York, Russell Sage Foundation, 1955.
12. Ferguson, A. Marketing medicines: An examination of health care services provided by pharmacies in a Salvadorean community. *Lat Am Perspect* (En prensa.)
13. Werner, D. *Donde no hay doctor*. 2 ed. México, Impresora Galve, 1975.
14. Scrimshaw, S. y Burleigh, E. Posibilidades de integración de la medicina indígena y occidental en América Latina y en las poblaciones hispánicas de los Estados Unidos de América. In: Velimirovic, B. ed. *La medicina moderna y la antropología médica en la población fronteriza mexicano-estadounidense*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1978. (Publicación Científica 359.)
15. Harwood, A. R. *Spiritist as Needed*. New York, John Wiley, 1977.
16. Kearney, M. El espiritismo como una alternativa en la tradición médica de la frontera. In: Velimirovic, B. ed. *La medicina moderna y la antropología médica en la población fronteriza mexicano-estadounidense*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1978. (Publicación Científica 359.)
17. Kiev, A. *Curanderismo: Mexican-American Folk Psychiatry*. New York, The Free Press, 1968.
18. Mooney, M. Assessing rural health programs in Rhodesia. *Int J Health Educ* 22:249-252, 1979.
19. Malinowski, B. *Argonauts of the Western Pacific*. New York, E. P. Dutton, 1922.
20. Young, C. J. A model of illness treatment decisions in a Tarascan town. *Am Ethnol* 7:106-131, 1980.
21. Van Parijs, L. Reflections on the medical model and the objectives of health education. *Int J Health Educ* 23:205-215.
22. Scrimshaw, S. y Souza, R. Recognizing active labor: A test of a decision-making guide for pregnant women. *Soc Sci Med* 16:1473-1482.
23. Gladwin, C. Cognitive strategies and adoption decisions: A case study of nonadoption of an agronomic recommendation. *Econ Dev Cult Change* 28:155-171, 1979.
24. Modolo, M. A. The Conference Reports, Theme 3: Methodology. *Int J Health Educ* 22:178-180, 1979.

Health care among rural ethnic minorities. Some anthropological observations (Summary)

This paper summarizes selected areas of current research in anthropology, of interest to health educators working with rural indigenous populations. Five main points are covered concerning the use of primary health services: 1) The persistence of a folk orientation toward illness among rural ethnic groups may be as much a consequence of restricted access to the official health-care system, as it is a cause of a group's limited integration into that system; 2) the existence of a "folk medical belief system" is not uniformly a deterrent to the adoption of modern health-care practices; 3) The high incidence of self-diagnosis and self-treatment presents

important challenges for health educators, particularly outside of the U.S. where the ready availability of prescription-type drugs has led to their routine use; 4) in view of the frequent finding that indigenous healers are often most effective in those areas in which Western medicine is least effective, the integration of folk and Western health care may perhaps be best accomplished by simply accepting dual use, and 5) in both the initial problem-definition stages of health education programs and in outcome evaluation, contemporary anthropological methods for the analysis of clients' decision making offer an important new research tool.

Atendimento da saúde entre minorias étnicas rurais. Algumas observações antropológicas (Resumo)

No presente artigo expõem-se alguns setores de pesquisa antropológica atual que são de interesse para os educadores de saúde em povoados indígenas rurais. Examinam-se cinco aspectos importantes em relação com a aplicação que se dá aos serviços primários de saúde: 1) a persistência de uma orientação popular tradicional no que diz respeito à doença, pode ser tanto conseqüência das dificuldades de acesso ao sistema oficial de atendimento de saúde quanto causa da limitada integração do grupo dentro desse sistema; 2) a existência de um "sistema popular tradicional de crenças médicas" nem sempre evita que se adotem procedimentos modernos de atendimento da saúde; 3) a elevada incidência de auto-diagnósticos e de auto-tratamentos traz à baila problemas importantes para os educadores de saúde

principalmente fora dos Estados Unidos, em lugares onde a fácil acessibilidade na obtenção de medicamentos favorece o uso comum desses remédios; 4) a freqüente observação de que os curandeiros indígenas atingem sua máxima eficácia em setores nos quais a medicina ocidental se revela com um mínimo de eficiência, leva a supor que o atendimento de saúde de tipo popular e os métodos ocidentais poder-se-iam talvez integrar sob uma forma ótima se se aceita a utilização vantajosa e simultânea de ambos, e 5) os métodos antropológicos contemporâneos usados na análise de decisões dos clientes, oferecem um novo e importante instrumento de pesquisa tanto para os estágios iniciais de definição do problema quanto para a avaliação dos resultados.

Soins de santé parmi les minorités ethniques rurales. Certaines observations anthropologiques (Résumé)

Dans cet article, on présente certains secteurs de la recherche anthropologique actuelle qui intéressent les éducateurs de santé

dans les populations indigènes rurales. On examine cinq aspects importants relatifs à l'utilisation des services primaires de santé: 1)

la persistance d'une orientation populaire traditionnelle en ce qui touche la maladie et qui peut être aussi bien une conséquence des difficultés d'accès au système officiel de soins de santé qu'une cause de l'intégration limitée du groupe dans le système; 2) l'existence d'un "système populaire traditionnel de croyances médicales" n'empêche pas toujours d'adopter des pratiques modernes de soins de santé; 3) l'incidence élevée d'autodiagnostic et d'autotraitements pose des problèmes importants aux éducateurs de santé, surtout en dehors des EU, dans les endroits où l'accès facile à des médicaments a favorisé l'emploi habituel de ceux-ci; 4) l'observation faite

fréquemment de ce que les guérisseurs indigènes obtiennent leur efficacité maxima dans les secteurs où la médecine occidentale se révèle peu efficace, autorise à penser que les soins populaires et les soins occidentaux pourraient peut-être être intégrés de façon optima si l'on acceptait l'utilisation simultanée de ces deux modes de traitement, et 5) les méthodes anthropologiques contemporaines permettant d'analyser les décisions des clients offrent un instrument de recherche nouveau et important aussi bien pour les phases initiales de définition du problème que pour l'évaluation des résultats.

POLIOMIELITIS EN ARGENTINA

Seis casos de poliomiélitis parálitica se informaron en Argentina en marzo y abril de 1983, con lo cual el número total de casos registrados ascendió a 20 durante los cuatro primeros meses de 1983. Cuatro de los seis casos se produjeron en las tres primeras semanas de marzo; dos de ellos en la provincia de Santa Fe y los otros dos en la provincia colindante del Chaco, donde se habían originado 13 de los 14 casos informados con anterioridad. Los dos casos restantes, registrados el 5 y el 6 de abril, se produjeron asimismo en la provincia del Chaco. La edad de los seis niños afectados oscilaba entre los 11 meses y los 15 años; todos ellos, menos uno, habían recibido por lo menos una dosis de vacuna antipoliomielítica, y a los dos niños de menor edad se les había aplicado tres dosis. Están realizándose investigaciones de laboratorio sobre este brote. (Organización Mundial de la Salud, *Wkly Epidemiol Rec* 58(19):147, 1983.)