

FAMILIA, PARTICIPACIÓN SOCIAL Y PROCESO
SALUD / ENFERMEDAD / ATENCIÓN.
Acotaciones desde las perspectivas de la
antropología médica

EDUARDO L. MENÉNDEZ¹

...una creciente cantidad de investigación demuestra que el parentesco desempeña un papel más importante que lo que se pensaba..., especialmente en los barrios de clase trabajadora... pero el problema central reside no en constatar que la familia nuclear no está aislada del grupo parental extenso, sino en observar si la familia constituye una institución que produce valores y actividades basadas en principios opuestos a los que predominan en otras instituciones.

Ch. Lash, 1979.

A pesar de la contribución de la literatura económica y sociológica de los últimos diez años y de la proliferación de estudios sobre "aldeas" y "pobreza" se sabe poco acerca de los mecanismos y estrategias que permiten a los pobres sobrevivir en condiciones de privación extrema.

G.A. Cornia, 1987.

¹ Centro de investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social.

En este trabajo me propongo presentar algunas reflexiones respecto de la relación *familiar*/proceso salud-enfermedad-atención. Dicha reflexión se hará a partir de dos fuentes básicas, la revisión de materiales específicos generados por la antropología médica, y la experiencia obtenida a partir de mi participación en una serie de investigaciones y de *surveys* realizados en los últimos años, los cuales tienen una vinculación directa o indirecta con el tema a analizar.

Antropología social y antiguas relaciones familiares

La comunidad, los pequeños grupos y dentro de éstos la unidad familiar y ulteriormente el grupo doméstico han sido históricamente las unidades dentro y con las cuales han trabajado la antropología social y cultural, la etnología y posteriormente la antropología médica. Es respecto y a partir de dichas unidades, la antropología generó una notable masa de material etnográfico, construyó y aplicó sus principales técnicas, en su gran mayoría cualitativas, y generó parte de sus principales aportes teóricos.

Este no es el lugar ni el momento de describir una *historia* por más pequeña que sea, pero dado que nuestro trabajo se presenta en una reunión interdisciplinaria, debe ser recordado que a partir de la década de los años veinte y sobre todo de los años treinta la antropología —y por supuesto también la sociología— produjo una creciente masa de información etnográfica para poder explicar determinados problemas que implicaban, central o periféricamente, a la institución familiar y su relación con procesos de salud/enfermedad/atención.

Las denominadas corrientes psicoculturales, una parte del culturalismo integrativo, una parte del cognitivismo, un sector del estructuralismo británico, se dedicaron a describir y analizar problemas que suponían como unidad de trabajo la comunidad, la familia, las redes sociales, y que obtenían sistemáticamente información sobre procesos de alimentación, de embarazo/parto, de amamantamiento, destete y ablactación, de las relaciones entre organización familiar y producción de determinadas enfermedades, de tratamientos populares que implican el trabajo con la

familia, etcétera. Dentro de los estereotipos científicos gran parte de este trabajo socioantropológico suele ser casi exclusivamente identificado entre nosotros con la denominada *Escuela de Cultura y Personalidad*, pero debe considerarse que autores como Redfield, Gillin, Devereux, Bateson; Adams, Henry, Caudill o Richards trabajaron tempranamente con este tipo de problemas.

Estas tendencias se acentuaron y sobre todo se diversificaron durante los años cincuenta y sesenta, lapso del surgimiento de la antropología médica como disciplina más o menos autónoma, y cuyo desarrollo seguirá caracterizándose por trabajar preferentemente con pequeñas unidades, entre las cuales la familia y el grupo doméstico evidencian una continuidad particular.

Pese a esta trayectoria, en una reciente revisión sobre las teorías de la reproducción social dominantes en América Latina, pudimos constatar que el conjunto de dichas teorías, que implican centralmente a la familia y / o al grupo doméstico, no toman en cuenta la información ni las propuestas teóricas generadas por la Antropología del proceso salud/enfermedad/atención ni siquiera para desecharlas. Más aun, pudimos, verificar que tanto en la teorización como en la información producida por dichas *teorías de la reproducción* están ausentes la mayoría de los componentes del proceso salud/enfermedad/atención (Menéndez, 1989).

Sin embargo la producción antropológica había generado un marco referencial más o menos unificado, que referido en gran medida a la unidad familiar posibilitaba no sólo dar explicaciones a determinados aspectos del proceso reproductivo, sino que aparecían como estrategia para describir y analizar y tal vez explicar algunos de los problemas actualmente planteados en torno a la relación familia / proceso salud-enfermedad-atención, sobre todo desde la perspectiva de la atención primaria, la participación social y el establecimiento de los denominados Sistema Locales de Salud (SILOS) (Menéndez, 1990c).

Reconocida, entonces, la existencia de una tradición disciplinaria específica, vamos a revisar algunos problemas de la relación familia-grupo doméstico/proceso salud-enfermedad-atención a partir de tres ejes ordenadores:

- 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.

La revisión de estos ejes ordenadores debiera hacerse tomando en cuenta toda una serie de procesos económico-políticos y sociodemográficos que contextualizan las relaciones actuales entre familia-grupo doméstico y proceso salud / enfermedad / atención. Si bien en este trabajo no podemos extendernos en dicho análisis, debe subrayarse que los ejes ordenadores necesitan ser contextualizados por toda una serie de procesos, entre los que destacamos la actual crisis socioeconómica de Latinoamérica, el incremento de la población en situación de extrema pobreza, la creciente polarización de clases o de niveles socioeconómicos en la mayoría de los países de la región, el proceso de desfinanciamiento de los servicios de salud y en varios países de la seguridad social, la extensión de la esperanza de vida pero sobre todo en términos diferenciales a favor de la mujer, el incremento de la mortalidad en varones en edad productiva, la tendencia al desarrollo creciente de diversas formas de matrifocalismo, el creciente papel de la mujer en el mercado de trabajo y las discusiones teóricas sobre las funciones del Grupo doméstico.²

² La discusión teórica sobre la pérdida de funciones de la familia se organizó a partir de la propuesta formulada por Talcott Parsons a principios de la década de los años cincuenta y como cristalización de formulaciones teóricas previas (en particular durkhemianas) y de materiales empíricos referidos a las sociedades *desarrolladas*. Al respecto nos interesa comentar dos hechos. Primero, que se tomó como una realidad verificada lo que sólo constituía una propuesta interpretativa generada por una escuela sociológica. Segundo, que la mayoría de la producción antropológica no sólo no asumió dicha propuesta, sino que por el contrario describió en diversos contextos *desarrollados* y *no desarrollados* el mantenimiento o por lo menos transformación de funciones. No se cuestionó tanto la pérdida de algunas funciones, sino que se enfatizó las características multifuncionales de la organización doméstica. Por otra parte, dentro del contexto teórico de las propias ciencias sociales y antropológicas norteamericanas, puede observarse toda una variedad de tendencias que en sus trabajos empíricos cuestionan o modifican las hipótesis parsonianas.

La familia como unidad de descripción y análisis

La revisión de este punto parte de asumir que la familia-grupo doméstico constituye el grupo social, institución y unidad de análisis que establece en forma estructural el mayor número y tipo de relaciones con aspectos significativos del proceso salud/enfermedad/atención. La familia-grupo doméstico es la unidad donde se da la mayor frecuencia y recurrencia de padecimientos y de enfermedades;³ 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. La familia constituye la unidad donde en forma directa o como mediadora se constituyen y operan algunos de los principales determinantes de la morbilidad y mortalidad de los diferentes grupos etarios y en particular en menores de cinco años. Es la institución sobre la cual repercuten en forma directa las consecuencias de la crisis socioeconómica actual y las denominadas políticas de ajuste. Es además la unidad a partir de la cual se constituyen y/o se organizan y/o se articulan las principales redes sociales respecto del proceso salud/enfermedad/atención. Es por otra parte el eje de la articulación del uso por los conjuntos sociales de los servicios pertenecientes a diferentes sistemas culturales de salud (Kleinman, 1973, 1980) o diferentes modelos médicos (Menéndez, 1982, 1983, 1990a).

También se ha planteado con cierta recurrencia que la familia constituiría el principal lugar de la difusión de enfermedades infectocontagiosas, donde se expresan con mayor negatividad algunas pautas culturales que reducen el efecto de determinadas medidas sanitarias, que algunos tipos de estructuras familiares posibilitan la emergencia de determinados padecimientos mentales, etcétera.

Pero ya sea que acentuemos los caracteres *positivos* o *negativos*, no cabe duda que la familia-grupo doméstico aparece en la descripción de determinados procesos salud / enfermedad / atención como *la*, o por lo menos como una de *las* unidades de descripción y análisis más estratégicas dado el papel central que

³ Es útil la diferenciación entre enfermedad (disease) y padecimiento (illness) propuestos por la antropología médica norteamericana, en la medida que la usamos dinámicamente. .

la misma cumple para dichos procesos. Diversas investigaciones han propuesto, a partir de lo encontrado, que es la familia-grupo doméstico, y no el sujeto, la unidad que mejor predice la existencia de determinadas pautas de desarrollo patológico; que es esta institución y no el individuo la que permite predecir en forma más acertada cual es la pauta en el consumo de medicamentos, 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. Más aún, serían las condiciones familiares las que determinan la carrera del enfermo y el uso de servicios de salud.

La investigación socioantropológica y también la de la salud pública han planteado que el paciente, el enfermo, el usuario de un servicio de salud es miembro y expresión de un conjunto social mayor que incluye al grupo familiar, y que tanto sus sistemas de representaciones como sus prácticas respecto del proceso salud/enfermedad/atención devienen de su inserción en dichos conjuntos sociales. El sujeto al "pensar" un padecimiento o una enfermedad, al decidir qué hacer con ella no actúa aisladamente sino como parte de una micro/macroestructura. 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.

La investigación socioantropológica ha documentado reiteradamente el papel de la familia y de las redes familiares en la generación de determinados padecimientos de nosología popular (susto, mal de ojo, brujería, etcétera.), así como su participación en los rituales de curación. Es notable el incremento de material etnográfico que muestra el papel de los grupos comunitarios y en particular de los grupos familiares en las actividades de curación.⁴

El papel central de la familia-grupo doméstico respecto del proceso de salud/enfermedad/atención ha sido reportado no sólo para los conjuntos subalternos de los países periféricos, sino también para los conjuntos subalternos y no subalternos de los países centrales.⁵ El papel de la familia-grupo doméstico

4 También se conoce para padecimientos de nosología científica.

5 Consultar las (décadas de los años cincuenta) aportaciones de Süssman respecto de los trabajadores y sectores medios urbanos en los Estados Unidos.

respecto del proceso salud/enfermedad/atención pudo haberse limitado en determinados contextos y haber delegado de determinados tipos de funciones, pero ni desaparecieron las principales actividades sino, que según algunos autores, se incorporaron otras en función de las necesidades generadas por las sociedades tecnologizadas. La investigación socioantropológica, y el mero sentido común, evidenciaron que la hipótesis de la pérdida de funciones del grupo familiar sólo se cumplió en forma limitada respecto del proceso salud/enfermedad/atención, sobre todo en los estratos subalternos (ver nota 1).

Si a este reconocimiento adjuntamos la creciente importancia otorgada desde la década de los años cincuenta a las redes sociales y en particular a los grupos de autoayuda respecto del proceso salud/enfermedad/atención, nos encontramos con que la familia fue fortaleciendo su papel desde el punto de vista de la acción, como veremos luego, pero también al considerarla como una unidad para la descripción y el análisis de problemas.

Gran parte de las condiciones señaladas al inicio de este documento refuerzan esta idea. Así al pasar las enfermedades crónicas a los primeros lugares de la mortalidad el creciente matrifocalismo de la sociedad contemporánea, o la crisis alimentaria orientaron parte de las investigaciones y acciones hacia el papel de las unidades familiares como unidades de trabajo.

Tanto desde una perspectiva de la formulación del problema como desde una perspectiva metodológica, la familia-grupo doméstico emergerá como una unidad de descripción y análisis de mayor significación que otras instituciones, grupos o unidades y sobre todo de mayor significación que el sujeto. Así, el sujeto no aparece como unidad idónea ni siquiera para la obtención de información respecto del proceso de salud/enfermedad/atención. Diversas investigaciones sociológicas han señalado que la familia informa mejor que el paciente respecto del número y tipo de enfermedades que padecen no sólo a nivel de la familia, sino del propio sujeto.

Las ciencias antropológicas y sociales han generado una serie de instrumentos para describir los procesos de salud/enfermedad/atención a partir del grupo y no del sujeto. Algunos de los instrumentos más conocidos son la carrera del enfermo, los dia-

rios de la enfermedad a nivel familiar, los presupuestos familiares en salud, etcétera. Estos y otros instrumentos han sido poco empleados por las ciencias antropológicas y sociales y por la salud pública en América Latina,⁶ pero en las últimas dos décadas se utilizaron en Latinoamérica otros instrumentos, que si bien al igual que los anteriores fueron desarrollados en los países centrales, los mismos fueron aplicados a la realidad de nuestros países, y algunos tuvieron un notable desarrollo. Dos de esos instrumentos son las denominadas *estrategias de supervivencia*, y el ciclo de vida del grupo doméstico.

El primer instrumento ya sea relacionado con la unidad familiar y/o con las redes sociales, tuvo un notable auge en algunos países latinoamericanos. Pero el elemento de mayor significación es el que dichas investigaciones tomaron poco en cuenta, tanto a nivel descriptivo como analítico a la enfermedad, la mortalidad o la atención a la salud.

El ciclo de vida del grupo doméstico, se desarrolló al proceso salud/enfermedad/atención desde fines de los años cincuenta, y cobró cierto desarrollo desde los años sesenta, pero se ha aplicado poco utilizado en América Latina para describir y analizar el proceso de salud/enfermedad/atención. Sin embargo este instrumento podría ser de mucha utilidad como puede observarse a través de algunas aplicaciones.⁷

⁶ Cuando hacemos estas afirmaciones y otras similares no negamos la existencia de alguna investigación, sino que la tendencia es la escasa y a veces nula existencia de un determinado tipo de investigaciones. Ello, por otra parte, no supone concluir que no haya grupos que estén trabajando con las estrategias familiares referidas al proceso salud/enfermedad/atención. Por el contrario en varios países de América Latina (México, Perú, Brasil) es creciente las actividades de este tipo por parte de las denominadas organizaciones no gubernamentales.

⁷ Las diferentes fases que constituyen el ciclo doméstico pueden permitir una mayor estructuración de la información, al reconocer la existencia de procesos de salud/enfermedad/atención para cada una de ellas. No obstante tengo la impresión de que ya se utilice un modelo de cuatro fases (expansión, dispersión, independencia y sustitución: Susser y Watson 1971) o de tres fases (expansión, consolidación y equilibrio, dispersión: González de la Rocha 1986) las fases focalizadas serán sobre todo la primera, a cierta distancia la última, mientras que las segundas y terceras serán las menos focalizadas en relación con los procesos de salud/enfermedad/atención.

Estos dos instrumentos generalmente fueron aplicados a niveles microsociales, tienen dos ventajas metodológicas. Primero refieren a unidades *no artificiales*, diferenciándose positivamente de las unidades de descripción y análisis constituidas por aglomerados de sujetos; y, segundo, refieren en el nivel micro a procesos macrosociales de los cuales serían una expresión instrumental.

Esta relación micro / macro estaría dada porque estos instrumentos se construyen desde una perspectiva que considera a los procesos económicos como los determinantes de la organización social. Estos instrumentos, considero, siguen estando "atados" a dicha perspectiva, que si bien les posibilita establecer una vinculación metodológica entre los niveles micro y macrosocial, ha llevado a considerar al proceso salud/enfermedad/atención sólo como una *variable dependiente*. Esto explica parcialmente tanto la escasa preocupación por el proceso, como la ausencia de determinados procesos sociales y sobre todo ideológico-culturales en sus descripciones y análisis.

Reconociendo entonces que en la práctica la familia-grupo doméstico aparece como unidad idónea para la descripción y análisis de determinados procesos de salud / enfermedad / atención, podemos formular algunas acotaciones interrogantes. Si bien en esta unidad operan determinados procesos en forma más recurrente y particularizada, se generan actividades específicas, y funciona a través de la estructuración de un "pequeño grupo", la información etnográfica indica que son determinados sujetos de la familia-grupo doméstico los encargados de generar el mayor número de actividades específicas respecto del proceso salud/enfermedad/atención. La investigación socioantropológica vuelve a constatar un dato obvio; que es la mujer, básicamente la que desempeña el papel esposa / madre, la encargada de realizar la mayoría de las actividades del proceso salud/enfermedad/atención. La esposa / madre es la encargada de detectar, diagnosticar, establecer los primeros tratamientos incluyendo la búsqueda de ayuda, de tomar parte en las decisiones o directamente decidir, de

asistir la continuidad del tratamiento, etcétera. Esta aparece además como una pauta universal (ver Nathanson, 1975, 1976).

De hecho no es *la familia* sino la mujer la encargada de asumir las actividades referentes a la salud/enfermedad/atención. Esto se pone de relieve, frecuentemente sin demasiada reflexión metodológica, en el trabajo clínico, en el trabajo epidemiológico y socioantropológico. La mujer es el 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.

Este reconocimiento para no permanecer en la obviedad, debe ser problematizado y, desde nuestra perspectiva, emergen dos interrogantes que consideramos de importancia tanto en términos de unidad metodológica, como de unidad de acción. El primer interrogante es a la *ausencia* no sólo del *padre* sino del varón en el proceso de salud/enfermedad/atención a nivel de familia-grupo doméstico y el segundo una interrogante metodológica, respecto a cuál es la verdadera unidad con la que trabajamos cuando hablamos de familia-grupo doméstico, proceso salud/enfermedad/atención.

La ausencia del *varón* respecto de la relación familia-unidad doméstica y el proceso salud/enfermedad/atención ha sido verificada por el conjunto de las investigaciones, adquiriendo dicha ausencia significación diferencial según el problema tratado. En algunos es de importancia marginal y en otros se convierte hasta en explicación central de la patología familiar. Pero ajeno a las intencionalidades, lo que se constata en todos los sectores sociales es que el esposo/padre es un *ausente* o interviene limitadamente en el proceso salud/enfermedad/atención. Si bien las tendencias hacia el matrifocalismo refuerzan esta estructuración de roles, lo cierto es que aun cuando exista la figura esposo/padre tiene funciones limitadas respecto del proceso analizado.

Esta estructura es referida a la existencia de una división del trabajo al interior del grupo familiar; se ha constatado que dicha división opera en todas las sociedades conocidas; que si bien se ha modificado a partir del proceso de industrialización lo básico de

la división se sigue manteniendo: pero estas son sólo *descripciones*, y necesitamos de teorías que den cuenta de esta estructura.

Esta teoría la consideramos necesaria dado que el proceso sociodemográfico y socioeconómico produce una serie de condiciones que están operando en la actualidad en forma contradictoria o por lo menos conflictiva. A nivel internacional y de América Latina en particular, la esperanza de vida hombre/mujer es cada vez más diferencial a favor de la mujer; la mortalidad en edad productiva se incrementa en los varones el matrifocalismo por razones económicas (migración de maridos) o por razones de estilo de vida (juventud y *conducta de riesgo, madre soltera*) o por concepciones ideológicas (feminismo), es una tendencia en incremento. La violencia intrafamiliar constituye ya una estructura permanente de las relaciones familiares en determinados contextos; y el crecimiento de la fuerza de trabajo femenino hace aun más notoria la doble explotación de la mujer.⁸

Además, desde las perspectivas del sector salud, las estrategias, de atención primaria, y la participación social real han sido dirigidas y/o han recibido mayor respuesta favorable por parte de las mujeres.

De los procesos señalados surge que es la mujer y no el grupo familiar el encargado de paliar la crisis respecto del proceso salud/enfermedad/atención; a ella se le demanda para la atención primaria, la participación social y para que constituya el principal soporte ante las políticas de ajuste en su relación con las consecuencias en los daños a la salud. Pero al mismo tiempo dicha mujer no sólo es la que está sometida a la violencia intrafamiliar, no sólo es un sujeto social cuya trama de vida supone una multiplicidad de actividades y una carencia constante de *tiempos propios*, sino que en términos de organización familiar aparece cada

⁸ En zonas del Caribe se estima que 40% de los jefes de familia son mujeres; entre 1950 y 1982 en Estados Unidos el porcentaje de mujeres solteras de 25 a 34 años que mantienen sus propios hogares pasó de 10% a 50%. En 1990 se calcula que unos 40 millones de mujeres forman parte de la fuerza de trabajo en América Latina y en Estados Unidos la mujer constituye más de 50% de dicha fuerza. Por otra parte "... los resultados indican que los ingresos de las mujeres a diferencia de los ingresos de los hombres son un factor esencial para hacer frente a las necesidades básicas de los niños: alimentación, atención de la enfermedad, ropa, escolaridad" (Wylie, 1984:14).

vez más sola en relación con el *cuidado* familiar, y manteniendo un papel subalterno tanto a nivel doméstico como a nivel macro-social.

El interrogante más simple y específico respecto a que estamos planteando no refiere solamente a preguntarnos cuál es la verdadera unidad, sino a un problema más nuclear ¿para qué sirve el papel esposo/padre respecto del proceso salud/enfermedad/atención a nivel familiar?

Desde una perspectiva metodológica relativamente cómoda la familia sería la unidad que establece papeles diferenciados para cumplir con las diferentes funciones. Desde esta perspectiva el papel esposa/madre expresa al conjunto familiar sea cual sea la organización familiar/parental dominante. La familia-grupo doméstico expresaría a nivel micro-grupal las estructuras sociales dominantes y a partir por supuesto de la especificidad de su estructura y actividades. Pero ¿estas unidades expresan realmente a la sociedad global tal como la han manejado los antropólogos?

La inclusión del ciclo de vida en la unidad parental es un avance, no obstante mantiene una indefinición metodológica respecto de la sociedad global, sobre todo si trabajamos con sociedades *complejas* y no con sociedades homogéneas, y queremos por otra parte seguir manteniendo una capacidad de descripción y análisis en profundidad.

En sociedades heterogéneas, organizadas en grupos y estratos sociales diferenciados, necesitamos recurrir a otro instrumento utilizado por la práctica socioantropológica. Me refiero a la construcción de tipos familiares estructurales, es decir que representen tipológicamente y no estadísticamente a las familias existentes en la sociedad global.

Esta aproximación metodológica puede ser complementada con una aproximación de tipo estadístico, pero a partir de aplicar la primera aproximación para poder generar descripciones y análisis en profundidad respecto de un microgrupo que está articulado con las estructuras macrosociales.

La aproximación en profundidad tipológico-comprensivista debe ser reconocida; porque las técnicas de tipo cualitativo son las que pueden conseguir la información más estratégica para toda una diversidad de problemas referidos al proceso salud/en-

fermedad/atención. La construcción de información confiable sobre infanticidio, alcoholismo, homicidio, violencia intrafamiliar, presupuestos económicos reales, uso del dinero por las instituciones en niveles micro y macro, estrategias de supervivencia, etcétera, requieren de tiempo, profundidad y sobre todo de la aplicación selectiva de los instrumentos.⁹

Si bien esta característica técnica es relevante, lo fundamental está en posibilitar el mantenimiento de un enfoque holístico en profundidad. Como señala H. Mosley, refiriéndose al problema de la sobrevivencia infantil, la multiplicidad de factores que influyen en la mortalidad, así como los sesgos generados por los enfoques sociológicos y biomédicos deben comenzar a clarificarse, priorizarse y articularse, pero el acuerdo puede llevar a sumar gran cantidad de variables que lo que hacen es complicar los modelos analíticos. *Para evitar esto, según Mosley, hay dos pasos que por lo general se tendrán que dar al planificar la investigación y diseñar los estudios: a) realizar estudios antropológicos profundos y en pequeña escala, como lo propone Ware (1984) para identificar las variables críticas de interés y su interpretación; y b) especificar con cuidado las relaciones hipotéticas entre las variables, como lo discuten detalladamente Palloni (1981) y Scultz (1984).* (1988:322).

Quiero subrayar que lo que propone Mosley y, sobre todo Ware no es la aplicación de un enfoque clínico o *micromédico*, sino la aplicación de una metodología antropológica como complementaria de una ulterior aproximación estadística. Lo que estos autores proponen para investigar la sobrevivencia infantil, puede ser referido a los diferentes problemas generados en la articulación familia/proceso salud/enfermedad/atención. La aplicación de aproximaciones cualitativas para la obtención de información el análisis de problemas complejos constituye una de las posibles alternativas para producir no sólo información sino sobre todo explicaciones estratégicas. El primer punto a superar es el que casi inevitablemente confunde aproximaciones cualitativas con el uso de unidades micro y, pensar que el nivel de análisis también es de tipo micro-social. Debe en consecuencia subrayarse

9

Ver la crítica etnometodológica al trabajo de encuestas.

que las aproximaciones cualitativas pueden manejarse con niveles micro o macro según sea el problema a investigar.

Podemos concluir que, la consideramos la familia-grupo doméstico como una unidad descriptiva y analítica idónea para determinados procesos de salud/enfermedad/atención, en la medida que sean construcciones tipológicas que posibiliten la descripción y análisis en profundidad, articulados con una aproximación de significación estadística. El trabajo cualitativo debe suponer además una aproximación conjunta en términos *emic* y *etic* al proceso salud/enfermedad/atención y no una aproximación excluyente; aun cuando reconocemos que según sea el problema se enfatizará una u otra dimensión.¹⁰

Debe indicarse que si bien a nivel internacional es creciente la producción antropológica médica en esta dirección, la bibliografía generada en América Latina desde esta perspectiva es comparativamente escasa. No obstante debe reconocerse la existencia de varios aportes que desgraciadamente no parecen ser utilizados por el sector salud.

La familia como unidad explicativa

Una parte de los antropólogos consideran que una buena etnografía supone *en sí* la producción de explicaciones respecto de lo descrito. Esto tiene bastante de verdad, pero el producto no debe confundirse con una explicación teórica. Algunos autores consideran que los instrumentos enumerados (carrera del enfermo, estrategias de vida, ciclo doméstico, etcétera) constituyen también explicaciones. Es casi obvio concluir que estos instrumentos

¹⁰ Este concepto trata de recuperar y legitimar a la enfermedad como sistema de representaciones colectivas, así como reconocer la racionalidad que opera en los mismos e incluirlos en el juego de relaciones establecidos entre los conjuntos sociales y los servicios de salud. Los caracteres básicos pueden ordenarse en dos grupos complementarios:

Enfermedad	Padecimiento
Etic	Emic
Representación profesional	Representación de la "población"
"Objetividad"	"Subjetividad" de los conjuntos sociales

no constituyen explicaciones de lo desajustado, sino útiles herramientas para obtener y analizar información.

Si bien estos instrumentos no constituyen explicaciones, la familia-grupo doméstico ha sido, ya sea a través de investigaciones o de declaraciones político-sanitarias, considerada como una unidad explicativa de procesos de salud/enfermedad/atención. La familia es propuesta como explicación de patología mental¹¹ ya sea de la unidad o de algunos de sus miembros; es considerada como uno de los núcleos explicativos de la patología *social* que afecta a la familia o a algunos de sus componentes; las investigaciones muestran para algunos contextos, que es el lugar donde no sólo se manifiestan la casi totalidad de los padecimientos infecciosos infantiles, sino que es la principal área de contagio. Hay toda una tradición de investigación antropológica según la cual la familia emerge como la principal causa de determinadas pautas alimentarias o que afectan los procesos específicos de amamantamiento, destete, ablactación.

El sector salud mexicano atribuye generalmente a la familia el uso, considerado negativo, de la automedicación, el mantenimiento de tabúes alimentarios, la resistencia a determinadas acciones implementadas por el servicio de salud. La última imputación de este tipo, que por su relevancia debe ser destacada, es haber considerado durante 1989 y una parte de 1990 que gran parte de la letalidad adquirida por la epidemia de sarampión se debió a la *renuencia* de los padres de las familias campesinas a vacunar a sus hijos (Menéndez 1990b). Esta explicación fue encontrada en determinadas características culturales y sociales de los sectores subalternos.

Una línea de investigación desarrollada sobre países del Tercer Mundo incluida Latinoamérica, y sobre los *pobres* de los Estados Unidos, ha planteado como una de las principales causas de mortalidad infantil a lo denominado *descuido selectivo*, o *descuido benigno*, o *deprivación enmascarada* o directamente *infanti-*

¹¹ A nivel teórico el mayor éxito, o por lo menos uno de los que ha tenido mayor visibilidad, lo constituye el trabajo de Bateson y su propuesta teórica del doble vínculo para explicar a nivel familiar la producción de esquizofrenia. Como ha sido reconocido, una parte del aparato conceptual aplicado por Bateson en la década de los cincuenta ya estaba prefigurado en su libro "Naven" (1936).

cidio pasivo. Diversas investigaciones concluyen que el alto grado de tensión al cual están sometidas las madres de los sectores pobres, puede contribuir en forma significativa a las altas tasas de mortalidad infantil existentes. Las principales investigaciones que llegan a estas conclusiones se realizaron en áreas de América Latina. La hipótesis ...del descuido selectivo propone que el recién nacido no recibe los cuidados necesarios para poder sobrevivir en condiciones adversas. De acuerdo a este paradigma la distribución desigual del alimento, del cuidado médico, de la atención y afecto entre los hijos puede estar basado en preferencias culturales referidas al sexo, al orden del nacimiento o a las características físicas de los niños (Scheper-Hughes, 1984:536). Según esta antropóloga esta explicación constituye una variante de la denominada teoría de la criminalización de la víctima y señala: La mayoría de la bibliografía existente sobre mortalidad infantil ha sido realizada desde una perspectiva demográfica y de políticas de salud materno-infantiles. Ambas perspectivas tienden a interpretar las altas tasas de mortalidad y enfermedad en los países en desarrollo como las casi inevitables consecuencias de impersonales condiciones ecológicas, climáticas o demográficas. Esta perspectiva oscurece frecuentemente el rol de las relaciones económicas en la producción social de morbilidad y mortalidad, o en otras palabras en términos de relaciones de clase y explotación (1984:535).

Scheper-Hughes realizó una investigación sobre un grupo de 72 madres en una comunidad cercana a Recife (Brasil) y concluyó que si bien en su universo operan algunas de las características englobadas en el denominado *descuido selectivo*, este *descuido* es sobre todo una consecuencia directa del *descuido selectivo* generado por la sociedad dominante brasileña respecto de estos grupos domésticos.

Esta autora coloca la relación familia/mortalidad infantil dentro de las relaciones sociales estructurales que la determinan. Y en esto reside uno de los núcleos teóricos a discutir al plantearnos a la familia-grupo doméstico tanto como unidad explicativa como en términos de unidad de acción.

Las ciencias sociales y antropológicas y la salud pública han considerado frecuentemente que por lo menos algunos de los miembros de la organización familiar presentan y/o expresan re-

que los proyectos llevados a cabo en las décadas de los cincuenta y sesenta.

Debe indicarse que los análisis sobre la utilización de la participación social por el servicio de salud mexicano llegan a conclusiones similares, enfatizando aún más ciertas características de la participación social inducida por el Estado: autoritarismo, verticalismo, exclusión de las decisiones, uso como recurso (Menéndez, 1981, 1984; López, 1980, SSA 1982).

Durante los setenta y los ochenta se vienen desarrollando paralelamente al servicio de salud las denominadas ONG, cuyo trabajo se centra en impulsar la participación social comunal y familiar y que por lo menos a nivel declarativo proponen trabajar y considerar a la familia y a la comunidad como un recurso *para sí*, es decir con capacidad de decisión, con autonomía y actuando en relaciones de simetría social con el equipo técnico.

Quiero recordar que las actividades de participación social comunal en el proceso salud/enfermedad/atención generadas tanto por el Estado como por las organizaciones no gubernamentales en la práctica son referidas y realizadas básicamente por mujeres. Cuando estamos hablando de relaciones de participación y el tipo dominante de las mismas, estamos refiriéndonos en forma muy particular a las relaciones constituidas con la mujer. Quiero recordar también que detrás de las formas de participación social dependientes o llevadas a cabo en forma autónoma, existen teorías y/o ideologías explicitadas o no de lo que es un grupo social, de lo que es la familia, las relaciones entre familia y equipo de salud, los objetivos de la participación social, etcétera.

Hasta ahora en la práctica, el servicio de salud ha usado predominantemente a la familia y a la mujer como recurso y a través de relaciones de subalternidad. ¿Qué procesos han ocurrido como para que dicha relación se modifique, e inclusive para que se proponga que a través de esos recursos se genere no sólo abatimiento de los daños, no sólo descentralización, sino democratización de la sociedad?

Como lo señalamos al principio, durante los noventa todo indica que la crisis continuará y que inclusive se incrementará, que la población en condiciones de extrema pobreza aumentará, que el desfinanciamiento de los servicios de salud proseguirá,

etcétera. Como también lo señalan organismos internacionales y en menor grado nacionales, la madre/mujer/ esposa emerge como uno de los principales recursos de contención de las consecuencias de la crisis, acentuando según mi lectura el proceso de doble explotación, y sin que se deje por otra parte de utilizar a la familia-grupo doméstico como recurso.

Estas afirmaciones provisorias las realizo a partir de la revisión de materiales publicados, de información no publicada y generada por algunas ONG y de algunas investigaciones y encuestas en las cuales participé. La revisión de dichos materiales evidencia la persistencia de ciertos caracteres dominantes respecto de las formas y condiciones de participación social. Dichos caracteres los hemos ordenado en dos grupos, uno referido a los conjuntos sociales y otro a los servicios de salud. Es obvio que la ordenación tiene objetivos descriptivos y no analíticos, ya que para ello debemos producir un análisis relacional que posibilite hallar las explicaciones congruentes respecto de cuáles son las formas de participación social dominantes.

Pese a que los caracteres detectados no son homogéneos, un análisis somero de los mismos¹⁸ sigue indicando que el servicio de salud continúa estableciendo una relación y uso de la población y de la familia-grupo doméstico en términos de recurso. Si realmente, y no sólo a nivel de discurso, se pretende que la familia-grupo doméstico y en particular la mujer participe en forma distinta, el servicio de salud debería modificar sus políticas, sus actividades y reorientar realmente sus recursos, inclusive sus recursos ideológicos.

Como ya se indicó, no tengo conocimiento de investigaciones que desde el Sector Salud se estén dedicando a la descripción, análisis y explicación de cuál es el rol de las unidades sociales señaladas para asegurar su participación tal como los discursos oficiales en salud lo proponen. Es decir, detectar cuáles son las formas que aseguran no sólo el papel de dichas unidades en el abatimiento de los daños, sino su papel en el proceso de democratización a través del proceso salud/enfermedad/atención. Abatir sensiblemente los daños a la salud a través de la mujer, sin modi-

ficar su rol participativo, en términos de ⁶ curso, puede lograrse como se demostró en varios contextos, inclusive en contextos represivos.

Sin negar la importancia que tanto a nivel de estructura como de sujeto tiene dicha disminución de los daños *sin participación*, el interrogante refiere a si el uso de la familia-grupo doméstico se agota en este objetivo desde la perspectiva del sector salud, o si se asume realmente que a través del mismo puede contribuirse a la democratización y equidad tanto en los niveles micro (situación al interior del grupo doméstico) como macrosocial (SILOS).

Anexo I

A continuación se enumeran los caracteres de la participación social referidos a los conjuntos sociales y a los servicios de salud:

1) Caracteres y procesos encontrados en la participación en salud de los conjuntos sociales

a) se suele constatar una escasa participación de la población en términos de conjuntos sociales respecto de la solución colectiva de los problemas de salud;

b) las demandas y acciones tienden a adquirir un carácter individual, específico, pragmático;

c) la participación individual sería la más frecuente y operaría a través de las unidades domésticas cuyo principal mecanismo sería la apropiación sintética a través de los procesos de autoatención;

d) los conjuntos sociales se organizan menos para trabajar colectivamente respecto y contra los padecimientos que respecto de otros problemas;

e) la organización colectiva cuando existe se da respecto de entidades puntuales que implica un pequeño grupo que se identifica con el problema y actúa específicamente respecto de él;

f) la escasa participación colectiva y el dominio de una participación individual, doméstica o microgrupal debe ser relacionada con el dominio de prácticas curativas e inmediatistas en la solu-

ción de los problemas y una secundarización de las actividades preventivas;

g) la mujer constituye el principal y a veces prácticamente único recurso que participa individual y colectivamente respecto de la mayoría de los procesos de salud/enfermedad/atención.

h) determinados factores ideológico-culturales incidirían en la falta de interés en la participación social respecto del proceso salud/enfermedad/atención;

i) la experiencia de violencia estructural, de desigualdad económico-política y cultural genera en los conjuntos sociales *desconfianza* hacia las propuestas de participación social generadas desde el sistema;

j) la participación social en proyectos de salud aparece frecuentemente expresada a través de asumir un rol subalterno y con baja iniciativa por parte de los conjuntos sociales. Las condiciones de vida y sobre todo la "trama de la vida", es decir el ejercicio cotidiano y permanente de vivir constituye una estructura que interviene centralmente en el tipo, frecuencia y formas de participación social;

k) los conjuntos sociales participan activamente cuando tienen autonomía y capacidad reconocida de decisión respecto de las propuestas de solución de sus problemas de salud/enfermedad/atención;

l) la participación social se desarrolla dentro de contextos que por más homogéneos que sean en términos socioeconómicos y culturales, no supone que los sujetos y grupos tengan tiempos, recursos y saberes iguales para poder intervenir en el proceso salud/enfermedad/atención;

m) al interior de los grupos homogéneos operan diferencias según edad, sexo, jerarquías socioculturales, etcétera, que tienden a afectar el tipo de participación social;

n) las acciones colectivas referidas a determinados objetivos relacionados con el proceso salud/enfermedad/atención parecen tener menos continuidad, interés y cuidado determinadas acciones centradas en el grupo doméstico (huertos colectivos o huertos domésticos);

o) la participación en salud colectiva adquiere casi inevitable-

mente una estructura jerarquizada cuando dicha participación se organiza e institucionaliza;

p) las redes sociales constituidas a partir del grupo doméstico en lo referente al proceso salud/enfermedad/atención se reduce a una suerte de "familia" grupo doméstico ampliado sin incidencia en redes sociales mayores;

q) las redes sociales constituidas a partir del grupo doméstico sirven básicamente para la supervivencia, y serían secundarias respecto del proceso de democratización.

II. Caracteres y procesos encontrados en la participación en salud de los servicios de salud

a) determinados caracteres estructurales del saber y de la práctica médica se oponen estructural y a veces no conscientemente a la participación social o porque la cuestionan, o porque la consideran un recurso secundario, o directamente porque la consideran una interferencia;

b) las orientaciones del Sector Salud y de los servicios de salud siguen siendo predominantemente curativos, lo cual se verifica sobre todo en la política de inversiones;

c) la formación profesional de los miembros del equipo de salud y en particular de los médicos no tiene mucho que ver con las actividades de organización y de participación social;

d) la racionalidad técnica e ideológica de la práctica médica no está orientada hacia la participación en salud;

e) los objetivos de la participación en salud se han dirigido frecuentemente a la obtención y uso de recursos humanos y materiales comunitarios a muy bajo precio;

f) la participación en salud ha conducido frecuentemente en América Latina a cuestionar o generar rupturas de los sistemas sociales locales;

g) el tipo de participación en salud que ha sido impulsado con mayor frecuencia por el servicio de salud está basado en criterios de centralización y concentración que refieren a un "autoritarismo" tanto de tipo político como técnico. Hay una doble desconfianza por parte de los servicios de salud hacia la población. Una de tipo político presenta desconfianza hacia las organizaciones

sociales autónomas y otra de tipo técnico presenta desconfianza hacia el saber popular;

h) el Sector Salud en forma particular o relacionado con otros sectores ha intervenido en forma discontinuada en la aplicación de la mayoría de sus programas que suponen la participación en salud.

i) la participación en salud desde la perspectiva de los servicios de salud debe generarse a partir de los grupos ya constituidos social y culturalmente; está enterada no sólo de determinados problemas, sino de los objetivos, modalidades, y sobre todo de la manera en que el servicio de salud maneja la participación en salud;

j) la participación en salud puede llegar a cuestionar intereses económico-políticos y desde esta perspectiva el servicio de salud debiera ser solidario con las acciones de participación que defendiendo la salud de la población cuestiona a dichos intereses, pero frecuentemente no lo es;

k) el servicio de salud ha desconocido, secundarizado o sólo tomado en cuenta determinadas denuncias y acciones generadas por grupos que participan activamente respecto de la protección a la salud. El caso de las denuncias ecologistas, así como de sus actividades son relevantes y sin embargo aun en el nivel central dichas acciones, no han tenido demasiado impacto.

l) si bien se reconoce la importancia de la participación en salud, en la práctica aparece que lo prioritario no es la participación en salud sino mejorar la tecnología de gestión, cambiar la "mentalidad" del personal de salud, modificar los criterios de productividad y calidad, etc.;

m) la actividad de educación para la salud, de promoción de la salud y de participación en salud son las que han recibido menor cantidad de recursos en términos comparativos y las que han implicado menor precisión técnica en su aplicación.

Bibliografía

Cornia, G. A., *et al* (1987) *Ajuste con rostro humano*. Siglo XXI, Madrid, 2. vols.

- González de la Rocha, M., (1986) *Los recursos de la pobreza. Familias de bajos ingresos de Guadalajara*. El Colegio de Jalisco/CIESAS, Guadalajara.
- Gouldner, A., (1979) *La sociología actual: renovación y crítica*, Alianza Edit., Madrid.
- Horowitz, I., (comp.) (1966) *La nueva sociología*. Amorrortu, Buenos Aires, 2 vols.
- Kleinman, A., (1973) "Some issues for a comparative study of medical healing". En: *International Journal of Social Psychiatry* 17:159.
- (1980) *Patients and healers in the context of culture*. University of California Press, Berkeley.
- Lasch, Ch., (1979) *Heaven in a heartless world*. Basic Books, New York.
- Litman, T. J., (1974) "The family as a basic unit in health and medical care: a social-behavioral overview". *SSEM* 8:495.
- Litman, T. H.; Venters, M., (1979) "Research on health care and the family: A methodological overview". *SSEM* 13:379.
- López, A. D., (1980) *La salud desigual en México*. Siglo XXI, México.
- Menéndez, E. L., (1981) *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. Ediciones de la Casa Chata núm. 13, México.
- (1982) "Automedicación, reproducción social y terapéutica". En: Menéndez (Edit.) *Medic* reproducción familiar y formas de dernos de la Casa Chata núm. 57,
- (1983) *Hacia una práctica médica autoatención (gestión) en salud*, núm. 86, México.
- (1984) "Centralización o autonomía. La 'nueva' política del Sector Salud en México". *Boletín de Antropología Americana* 10:85.
- (1989) "Reproducción social, mortalidad y antropología médica". *Cuadernos Médico Sociales*, núms. 49-50:13.