

III Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Temuco, 1998.

# Autoatención Doméstica de la Salud.

Eduardo Medina Cárdenas.

Cita:

Eduardo Medina Cárdenas. (1998). *Autoatención Doméstica de la Salud. III Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Temuco.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/iii.congreso.chileno.de.antropologia/90>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/evbr/qSP>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

Occidental.  
Universidad Libre de Amsterdam. Centro de Investigación de la Realidad del Norte. Iquique.  
Tennekes, H; Koster, P  
1986 "Iglesia y Peregrinos en el Norte de Chile: Reajustes en el Balance de Poderes".  
En: Cuaderno de Investigación Social Nº 18. Centro de Investigación de la Realidad del Norte. Iquique. pp. 57-86.  
Van Kessel, Juan  
1980 Holocausto al Progreso. Los Aymaras de Tarapacá. CEDLA. Amsterdam.  
Van Kessel, Juan  
1985 "La Medicina Andina". Cuaderno de Investigación Social Nº 13. Centro de Investigación de la Realidad del Norte. Iquique

Van Kessel, Juan  
1987 Lucero del Desierto.  
Universidad Libre de Amsterdam y Centro de Investigación de la Realidad del Norte. Iquique.  
Van Kessel, Juan; Guerrero, Bernardo  
1987 "Sanidad y Salvación en el Altiplano Chileno: Del Yatiri al Pastor". Cuaderno de Investigación Social Nº 21. Centro de Investigación de la Realidad del Norte. Iquique.  
Van Kessel, Juan  
1992 Holocausto al Progreso: Los Aymaras de Tarapacá. Hisbol. La Paz. Segunda Edición.  
Van Kessel, Juan  
1992. Pescadores y Peregrinos de Tocopilla Iquique. Centro de Investigación de la Realidad del Norte, Cidsa, Puno.

## *Autoatención Doméstica de la Salud*

Eduardo Medina Cárdenas\*

### **Resumen**

Diferentes trabajos epidemiológicos nacionales han precisado que entre 1/3 y la mitad de las enfermedades agudas y accidentes domésticos que sufre la población, así como 2/3 de sus enfermedades crónicas, se resuelven fuera del sistema médico oficial (por ej., no se hace nada, se usan remedios caseros, se repiten recetas anteriores, se consulta a prácticos tradicionales y/o alternativos, etc.). No obstante que también existen aproximaciones cualitativas sobre aceptación / rechazo de las normas sanitarias y de los factores asociados con el cumplimiento / incumplimiento de ellas, la autoatención doméstica de la salud no ha sido suficientemente dimensionada como un verdadero sistema poseedor de su propio entorno sociocultural específico.

Las explicaciones propuestas por tales estudios se relacionan mayoritariamente con una activa decisión de los interesados, esto es, con factores socioculturales tales como escasa gravedad otorgada a la enfermedad, falta de tiempo, diferencias conceptuales importantes acerca del proceso morboso entre el afectado y el profesional de la salud, crecientes valores de los costos directos de la atención y mayor confianza hacia sanadores tradicionales.

Resulta importante el estudio de la autoatención doméstica de la salud nacional, la cual, por su magnitud y significados constituye un verdadero sistema doméstico de la salud, el

primer nivel de asistencia sanitaria y el contexto donde son integrados en un segundo lugar, alternativa o complementariamente, los sistemas médicos oficial, tradicional y alternativo.

### **Introducción**

Desde los años 60 hasta la actualidad diferentes estudios nacionales sobre demanda y utilización de servicios médicos detectan consistentemente que la población soluciona entre 1/3 y la mitad de sus enfermedades agudas y accidentes, así como dos tercios de las crónicas, fuera del ámbito de la medicina oficial (12, 27-34, 59, 61). Cabe agregar que otros estudios cualitativos del período han buscado la aceptación / rechazo de las normas emanadas de la autoridad sanitaria, así como los factores asociados con su cumplimiento / incumplimiento (13, 44, 54-58). Las explicaciones propuestas para tales decisiones autónomas han sido relacionadas más con una activa decisión de los interesados y menos con deficiencias percibidas por éstos en el sistema sanitario asistencial, a saber: enfermedad de poca gravedad, falta de tiempo, diferencias conceptuales sobre lo considerado

\*Médico especialista en Psiquiatría y en Salud Pública, Diplomado en Homeopatía. Maestro en Antropología Social. Profesional Encargado, Unidad de Medicina Tradicional y Otras Prácticas Médicas Alternativas, Ministerio de Salud de Chile.

enfermedad u otro problema de salud entre el entrevistado y el profesional, aumento paulatino de las enfermedades crónicas en la población y de los costos directos de su atención que deben ser solventados por el interesado, y mayor desconfianza hacia los médicos que hacia los sanadores tradicionales. No obstante la magnitud de lo que propiamente puede denominarse autoatención doméstica de la salud, todos estos estudios carecen de suficiente análisis acerca de las dinámicas psicosociales y culturales subyacentes a tales decisiones y tampoco ponderan su efectividad en la solución de los problemas de salud que las motivaron.

En directa relación con lo anterior, otras investigaciones antropológicas realizadas en Chile desde comienzos de los años 70 a la fecha coinciden en la existencia de variadas manifestaciones de las medicinas tradicionales indígena y popular en el país, así como en su alta demanda por parte de la población nacional: en efecto, numerosos pacientes solicitan atención alternativa o complementaria en los sistemas médicos oficial y tradicional, lo cual significa de hecho su integración funcional, además del uso de hierbas medicinales por toda la población nacional (2, 6, 7, 10, 11, 16, 17, 20-26, 35, 45-47, 53). Por otra parte, la Unidad de Medicina Tradicional y Otras Prácticas Médicas Alternativas del Ministerio de Salud de Chile estima que en el país ejercen una o más prácticas médicas alternativas unos 150 médicos-cirujanos, una cantidad algo menor de personas con títulos extranjeros válidos en el país (por ej., doctores en quiropraxia, acupunturistas, etc.) y unos 10.000 practicantes autodidactas (43).

Por lo demás, en numerosas fuentes bibliográficas extranjeras, originadas en la salud pública y en las ciencias sociales, tanto de países latinoamericanas como de otros industrializados, se puede constatar una situación bastante coincidente con lo que sucede internamente en nuestro país. Sin embargo, por razones de tiempo no es posible un comentario especial al respecto (1, 3, 5, 8, 9, 14, 19, 49, 51, 52, 60).

## *La autoatención*

### *doméstica de la salud*

1. La magnitud y características particulares de la realidad recién descrita permiten plantear la existencia de autoatención doméstica de la salud, la cual puede definirse como la intervención que la población hace por su cuenta en la promoción de su salud y en la prevención, detección y tratamiento de sus enfermedades, sin participación directa de un sanador profesional. Por lo

general consiste en decisiones dentro del ámbito doméstico (no hacer nada, uso de remedios caseros, uso de objetos protectores o terapéuticos de origen folklórico o religioso, repetición de recetas médicas anteriores, etc.), a veces apoyadas mediante la intervención de vecinos y/o de parientes próximos.

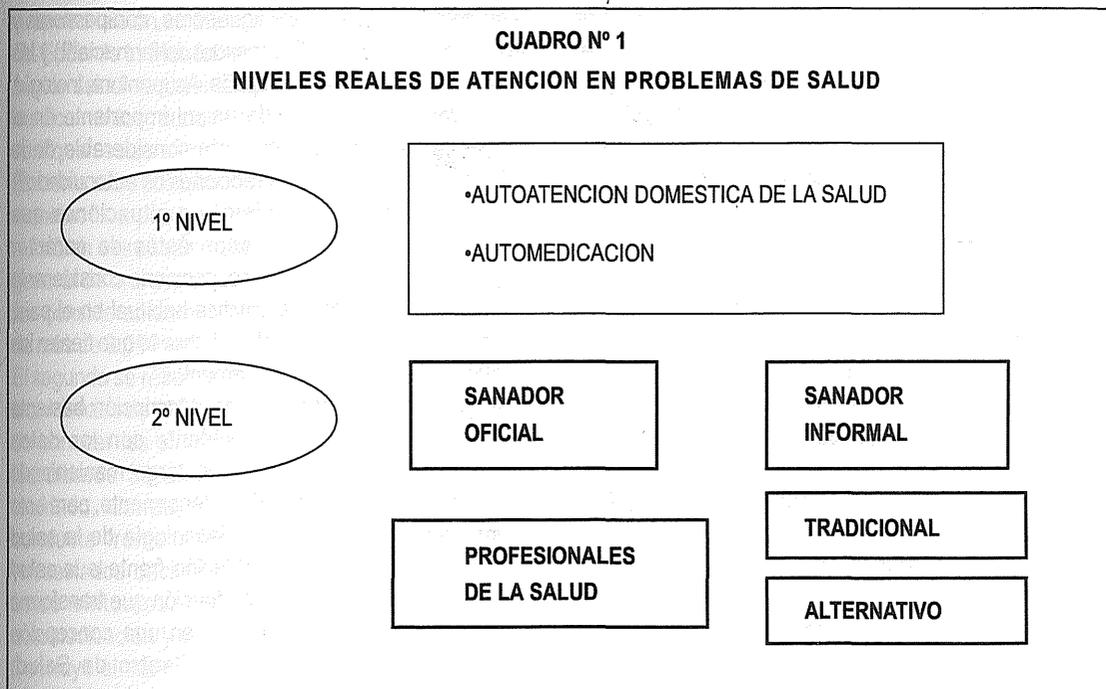
La autoatención doméstica de la salud ocurre en el hogar, donde algún adulto, habitualmente la madre dueña de casa, hace un primer diagnóstico frente a cualquier enfermedad o problema de salud que ocurra a alguno de sus integrantes. Este proceso se origina en la necesidad de solucionar la frecuencia diaria de episodios de enfermedad y/u otros problemas de salud a nivel familiar, especialmente en los sectores populares; es en el ámbito doméstico donde se hace un primer diagnóstico por lo menos intuitivo frente a cualquier evento de este tipo, a partir del cual luego se decide su destino. Pese a la alta frecuencia de tales episodios, la demanda de consulta médica es baja porque la actividad de autoatención es cotidiana (5, 15, 18, 42, 50, 60).

Como esta autoatención es la primera y frecuentemente la única actividad asistencial frente a una situación de este tipo, ya que eventualmente podrá requerirse la intervención de un sanador profesional oficial o de un práctico informal, cabe considerar al hogar como el primer nivel real de atención sanitaria, respecto del cual los sistemas médicos oficial, tradicional o alternativo ocupan, competitiva o complementariamente, sólo un segundo nivel<sup>(1)</sup>. Más aún, esta realidad sugiere que los pacientes integran en el hecho a todos esos sistemas médicos entre sí (Cuadro 1) (43).

No obstante que durante los 80 los programas sanitarios en Chile y otros lados introdujeron los "estilos de vida saludables", correlativo con lo cual se estimula el autocuidado de la salud<sup>(2)</sup> y la participación comunitaria en la ejecución de numerosos programas, la autoridad sanitaria por lo general aún considera que la calidad de la salud de la comunidad es el resultado sólo de sus programas, recursos y actividades; por otra parte, continúa estimando a la autoatención, incluida la automedicación, como una permanente trasgresión derivada de conductas individuales incorrectas, a veces flexibilizando su opinión al asociarlas con circunstancias atenuantes tales como menor eficacia de la medicina oficial en las enfermedades crónicas no transmisibles del adulto, incremento en la prescripción y consumo de medicamentos, creciente uso de psicotrópicos, etc.

La autoridad sanitaria ha intentado controlar la autoatención doméstica de la salud y la automedicación mediante tres estrategias: educación para la salud,

**CUADRO Nº 1**  
**NIVELES REALES DE ATENCION EN PROBLEMAS DE SALUD**



control sobre productores y consumidores de fármacos, y aumento de cobertura de los servicios sanitarios. Como las dos últimas suponen aumentar diferentes controles médicos, legales y hasta policiales, con reiterados resultados desfavorables, la educación para la salud, orientada a reforzar la autonomía del grupo familiar frente a sus problemas de salud y, por tanto, ampliando su actual intención contralora, debiera ser asumida radicalmente, con la meta de que autoatención doméstica y atención profesional sean niveles articulados.

2. Probablemente el encuadre hecho al respecto por Lowell S. Levin, Profesor de Salud Pública de la

Universidad de Yale, corresponde a la actitud mayoritaria de los profesionales de la salud (15): "No deja de ser chocante el hecho de tener que abogar porque se reconozca que las personas constituyen el primer recurso de que disponen esas mismas personas para cuidar de su propia salud... los profesionales se han acostumbrado a considerar a las personas, principalmente como ... víctimas de patología y, por consiguiente, como un "blanco" para los servicios preventivos y terapéuticos... hemos acabado por aceptar una visión negativa de la función de las personas en materia de salud; así, las acusamos de crearse problemas ellas mismas, de no

<sup>(1)</sup>Medicina oficial: formas de intervención dentro del proceso salud / enfermedad / atención asociadas a la estructura y dinámicas de los Estados-Naciones modernos. Esta ubicación no sólo le otorga hegemonía respecto de los otros sistemas médicos, sino también mayor coherencia ideológica con los estratos poblacionales más próximos al manejo del poder. Su desarrollo está muy institucionalizado en cuanto a sus procedimientos de enseñanza y el control de los profesionales que pueden ejercerla. También denominada medicina moderna, académica, científica u occidental. Medicina tradicional: formas de intervención en similar proceso, aunque no derivadas directamente de la evolución de la medicina moderna sino que mantenidas por tradición histórica y sociocultural en los diferentes grupos poblacionales, especialmente populares, adquiriendo matices específicos según si se trate de sectores urbanos, rurales o indígenas. Su desarrollo reconoce raíces tan antiguas como teorías médicas aborígenes, concepciones hipocráticas acerca de los humores corporales y diversas prácticas sanitarias traídas por los sucesivos grupos llegados al país desde la conquista hispana a la actualidad, más otros elementos tomados de la medicina oficial. Su ubicación subalterna respecto de la medicina oficial la hace tener una existencia menos institucionalizada. Se expresa en la acción de componedores, curanderos, machis, parteras, yerberos y otros prácticos empíricos.

Medicinas alternativas: variado conjunto de teorías y prácticas sanatorias de introducción foránea, cuya característica común es su posición también subalterna respecto de la medicina oficial pero con una institucionalización más importante que la medicina tradicional. Algunas son de antigua existencia tanto en occidente (por ej., homeopatía) como en oriente (por ej., acupuntura).

<sup>(2)</sup>Autocuidado de la salud: colaboración activa con la autoridad sanitaria de los grupos vulnerables, en la promoción de su salud y en la prevención de riesgos (por ej., rehidratación oral, control de vectores, control de enfermedades venéreas, autoadministración de fármacos en enfermedades crónicas no transmisibles, desarrollo de diferentes grupos de autoayuda, etc.). Como esta colaboración necesariamente implica el traspaso de información y de algunas actividades técnicas, probablemente ha contribuido a estimular la autoatención doméstica de la salud.

recurrir al médico con la prontitud necesaria, de adoptar creencias o prácticas "estúpidas" y de no "seguir" el tratamiento médico que se les señala. Esta perspectiva forma parte de la visión profesional de la realidad, que distingue entre los proveedores de servicios de salud, que tienen los necesarios conocimientos médicos, teóricos y prácticos, y los usuarios de los servicios de salud, que tienen problemas y muy poco más... Algunos médicos han llegado a persuadirse a sí mismos de que son muy pocos los enfermos que desean siquiera comprender sus problemas de salud, y menos aún participar en las decisiones relativas al diagnóstico y tratamiento. La atención de salud en manos de legos se considera con frecuencia como un "empirismo muy difundido", compuesto de superstición, costumbres populares de eficacia no demostrada, curandería y charlatanismo".

El mismo autor dimensiona el fenómeno de la autoasistencia de la siguiente manera: "... en los estudios que se han realizado las estimaciones de la proporción de atención de salud que es verdadera autoasistencia, sin intervención de los profesionales de la salud, van desde un 66% hasta un 85% ... Aunque la mayoría de las estadísticas publicadas sobre niveles de autoasistencia se refiere a países industrializados, sería absurdo deducir ... que el predominio de la autoasistencia es propio de esos países. Por el contrario... es la forma de atención que predomina en la mayoría de las poblaciones rurales de los países en desarrollo de todo el mundo".

Las proposiciones anteriores contrastan con la postura de la autoridad sanitaria nacional, más bien próxima al criterio profesional restrictivo recién resumida por el Prof. Levin. En efecto, en el reciente documento oficial denominado "De Consultorio a Centro de Salud", la allí denominada "actitud de la población frente a la salud" (44, pp. 37-39) es analizada de la siguiente manera: "Es necesario reconocer que sin perjuicio de lo antes señalado<sup>(3)</sup>, la población mantiene diversas prácticas médicas asentadas en la cultura popular, a las cuales acude en búsqueda de respuesta a sus problemas de salud, coexistiendo diferentes Sistemas Médicos. La Medicina Tradicional y Popular (uso de hierbas

medicinales, consulta a santiguadores, compositores y otros, como consulta al dispensador de farmacia<sup>(4)</sup>) y las Medicinas Alternativas (Homeopatía, Acupuntura, Iriología, entre otras), siguen jugando un rol importante en el cuidado de la salud... Otra parte considerable de la demanda se satisface con las acciones de autocuidado<sup>(5)</sup> que las familias realizan frente a situaciones que consideran a su alcance, sean éstas de carácter preventivo o curativo. Por último, conviene considerar la automedicación como una práctica habitual en el país, la que se ve favorecida por el fácil acceso que tienen los usuarios al mercado de medicamentos".

Hasta acá estamos frente a una descripción bastante realista de la situación, coincidente con los datos resumidos en la Introducción. Sin embargo, manteniendo el criterio restrictivo comentado anteriormente, para esta misma autoridad la actual epidemiología de la salud nacional y la actitud de la población frente a la salud requieren un nuevo modelo de atención que transforme el antiguo Consultorio, inspirado en una concepción biomédica de la salud, en un Centro de Salud, supuestamente surgido de otra concepción biopsicosocial de ella. Se postula que en esta nueva agencia sanitaria se desarrollarían tres ámbitos de acción, a saber, la labor asistencial habitual, la participación social y comunitaria en el desarrollo de las actividades de salud, y el trabajo intersectorial orientado al desarrollo global de la comunidad. Es decir, aunque está descrita la nueva actitud de la población, implícitamente no se toma en cuenta las allí llamadas "prácticas médicas asentadas en la cultura popular" ni mucho menos se valoran la importancia y calidad de las decisiones autónomas de la gente respecto a su salud; más aún, en la presentación de esta estrategia se asume sin más que se estaría redefiniendo el "quehacer sanitario ... desde las necesidades y expectativas de la comunidad" (44, prólogo).

3. Como ha sido señalado, en nuestro país no ha sido estudiada la efectividad de la autoatención doméstica de la salud en la solución de los problemas enfrentados de esta manera. Por ello es de interés citar dos reportes extranjeros al respecto.

El primero surge del análisis de autoatención y

<sup>(3)</sup>En párrafos anteriores de la misma sección de este documento hay referencia a las modificaciones de la actitud de la población frente a la salud, derivada de la larga intervención en educación sanitaria realizada en las décadas anteriores, los medios masivos de comunicación y su influencia en hábitos de consumo y estilos de vida, el mayor nivel de instrucción de las nuevas generaciones y la alta proporción de mujeres que por trabajar tienen menos tiempo para llegar al consultorio.

<sup>(4)</sup>Nótese que este documento considera tanto la "consulta de mostrador" de la farmacia, como la venta de medicamentos sin receta profesional, entre las manifestaciones de la medicina tradicional o popular.

<sup>(5)</sup>Expresión utilizada en el mismo sentido que "autoatención" en el presente trabajo.

automedicación en México, realizado por el antropólogo Dr. Eduardo L. Menéndez (38). Este constata que allá el sector salud recurrentemente denuncia el mal uso de medicamentos, aunque no existen estudios locales que verifiquen estas afirmaciones; luego cita la investigación llevada a cabo por Litman, la cual concluye de la siguiente manera: "...a pesar de ciertas prácticas de medicación más bien extrañas y potencialmente peligrosas, el nivel general de mal uso o uso inadecuado de tales productos fue considerablemente menor de lo que se esperaba y de más de 3.000 artículos sólo el 15% recibió mal uso"<sup>(6)</sup>. El segundo se refiere a una encuesta telefónica realizada a comienzos de 1990 en Barcelona, España, con el objeto de conocer los síntomas comunes experimentados en los últimos 30 días respecto a cefalea, lumbalgia, resfriado, diarrea, fiebre o dismenorrea, así como la conducta frente a los mismos (48). El 68% de los encuestados declaró haber experimentado algunos de estos síntomas, decidiendo un 44% de éstos su automedicación y un 33% el uso de remedios caseros. Concluye el trabajo señalando que "...el autocuidado y la automedicación parecen ser más frecuentes y probablemente menos 'nocivos' de lo que los profesionales podíamos pensar"<sup>(7)</sup>. Proponen los autores que debería plantearse a mediano plazo la profundización del significado de estas conductas para no sólo entender el fenómeno sino empezar a utilizarlo como un recurso sanitario.

## *Modelos básicos*

### *de atención de la salud*

Las ciencias sociales también se han interesado en el análisis de las costumbres de los grupos sociales asociadas con sus dolencias y daños, así como con su sanación, lo cual significa incorporar dinámicamente en estos fenómenos una dimensión actual social o sincrónica, pero también otra dimensión histórica o diacrónica. Para el antropólogo Dr. Menéndez (36-42), como el proceso salud / enfermedad / atención es un universal que afecta la vida cotidiana de los conjuntos sociales tanto por los padecimientos mismos como por las respuestas hacia éstos, de allí se estructura un saber

para enfrentar, convivir y solucionar tales situaciones. Los padecimientos son, en esta perspectiva, uno de los principales ejes de construcción de significados colectivos, eje en el cual es posible diferenciar un proceso histórico de construcción de las causas de las dolencias, sus formas de atención y sus significados, así como las relaciones de hegemonía / subalternidad operantes entre los distintos sectores sociales que entran en esta relación particular. En cualquier contexto, pues, las diferentes instituciones de cura, protección o control estructuran una racionalidad tanto técnica como sociocultural, puesto que el saber de un práctico popular o de un médico se aplica a sujetos y grupos, esto es, se relaciona con representaciones y prácticas sociales que convierten en hechos sociales y culturales una parte sustantiva de las actividades técnicas de uno u otro.

El conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de la llamada medicina científica o moderna desde el Siglo XVIII ha ido legitimándose como la forma de atender la enfermedad, tanto por su propia evolución intrínseca como por su asociación con la conformación de los Estados-Naciones. Durante el desarrollo de las sociedades capitalistas esta medicina irá contruyendo una preeminencia que intenta la exclusión ideológica y jurídica de otras posibilidades de atención. Así, en los países capitalistas centrales, en los países de capitalismo dependiente y en los países de socialismo de Estado se consolida lo que Menéndez denomina el modelo médico hegemónico (MMH), dotado de tres características estructurales: una, el biologismo, factor que garantiza no sólo su científicidad sino también su diferenciación y jerarquización de otros modelos explicativos, puesto que los procesos psicológicos, sociales o culturales quedan reducidos a un nivel más bien anecdótico<sup>(8)</sup>; dos, la ahistoricidad, ya que considera a la enfermedad como un hecho natural constante, que evoluciona con alta autonomía respecto de posibles determinaciones sociales, y tres, su asociabilidad, derivado de las otras dos, puesto que aunque incorpora la discusión de lo "social" en la enseñanza y en la práctica médica, no pasa del nivel del discurso erudito ya que prácticamente no se expresa activamente en el manejo de la realidad que analiza.

<sup>(6)</sup>Litman, TH. "La familia, la salud y la atención de la salud: un estudio socioconductista". En EG Jaco (edit.) Pacientes, médicos y enfermedades: 123. IMSS, México.

<sup>(7)</sup>El Prof. Levin también expresa que no existe en la bibliografía disponible, anterior al trabajo acá mencionado (15), datos que hagan pensar que "... la autoasistencia sea más ineficaz o más peligrosa que la asistencia profesional".

<sup>(8)</sup>Este biologismo no sólo se expresa en la práctica clínica sino que en la investigación epidemiológica, la cual prefiere series de corta duración histórica a las cuales se les procesa variables descriptivas obvias (edad, sexo, raza, origen urbano/rural, grupo de riesgo, etc.).

El análisis global del MMH no debe reducirse a sí mismo, sino también considerar los otros saberes y prácticas que subalterniza. En realidad que estos modelos esquemáticos propuestos por Menéndez no son compartimentos estancos desiguales sino sistemas con múltiples transacciones entre ellos (Cuadro 2). Así, el proceso capitalista mundial ha conducido a tres modelos básicos de atención de la salud: el MMH (con submodelos médico individual privado, médico corporativo público y médico corporativo privado), el modelo médico alternativo subordinado (las prácticas tradicionales de los países más otras desarrolladas al margen del modelo hegemónico e introducidas en todas partes, tales como homeopatía, naturopatía, acupuntura, quiropraxia, etc.) y el modelo de autoatención de la salud (decisiones de diagnóstico y atención realizadas por el propio interesado o personas de su grupo familiar). Este último modelo, tan asociado con la automedicación, es mayor en los países con mayor desarrollo educacional no sólo por la facilidad con que las personas acceden a una

polifarmacia, sino también por la mayor prescripción médica alentada por la industria farmacéutica y reforzada por la publicidad: los médicos, los expendedores de productos farmacéuticos y los sanadores populares serían quienes más estimulan la automedicación, ya que la población tiende a apropiarse de la eficacia de los medicamentos que conoce, excluyendo la fuente de origen de su uso.

## Hipótesis

### y sugerencias

Del conjunto de las consideraciones anteriores cabe reiterar los insuficientes análisis sobre las dinámicas psicosociales y culturales subyacentes a la autoatención doméstica de la salud existente en el país, así como la carencia de estudios sobre su efectividad en la solución de problemas de la salud. Pero cabe a continuación plantear en el ámbito de este Congreso, de manera preliminar, las siguientes 3 hipótesis, cada una de ellas

con la finalidad de sugerir líneas de investigación/acción que tiendan a superar ambos tipos de insuficiencias. Hipótesis 1. La autoatención doméstica de la salud, incluida la automedicación, habitualmente tiene consecuencias favorables en la solución de episodios de enfermedad y de otros problemas de salud ocurridos en el hogar.

Se sugiere estudiar la eficacia de la autoatención doméstica respecto de enfermedades agudas, crónicas y/o accidentes, así como en otros problemas de salud, sucedidos en grupos poblacionales de distintos contextos socioculturales del país. Es decir, se trata de pesquisar episodios de enfermedades agudas y/o crónicas, accidentes, malestares, padecimientos mentales, problemas dentales, secuelas de riñas, síndromes morbosos folklóricos, etc., ocurridos en hogares de tales contextos. Así, cualquiera sea lo sucedido, es importante describir la secuencia de atención de los eventos pesquisados en esos hogares, precisando tanto los motivos de las determinaciones tomadas (autoatención doméstica,

#### CUADRO Nº 2

#### SALUD / ENFERMEDAD / ATENCION (\*)

##### 3 MODELOS BASICOS:

##### 1.- MODELO MEDICO HEGEMONICO:

- médico individual
- médico corporativo público
- médico corporativo privado

##### 2.- MODELO MEDICO ALTERNATIVO SUBORDINADO:

- prácticas tradicionales de los países
- otras prácticas alternativas introducidas

##### 3.- MODELO MEDICO BASADO EN AUTOATENCION:

- propio interesado o grupo familiar

(\*) E: MENENDEZ: Hacia una práctica médica alternativa  
Hegemonía y autoatención (gestión) en salud. 1984

automedicación, consulta a sanador informal tradicional y/o alternativo, consulta a profesional de la salud y/o agencia sanitaria oficial, además de la eventual existencia de eventuales nexos entre ellas), así como el grado de satisfacción con el resultado alcanzado.

Conjuntamente o en paralelo, por la cantidad de morbilidad que sucede y es resuelta en el hogar, también es importante estudiar la epidemiología de la medicina doméstica.

**Hipótesis 2.** La magnitud de la autoatención doméstica de la salud existente en la comunidad constituye no sólo el real primer nivel de atención sanitaria de la población, sino también el lugar donde ocurre alguna integración oficiosa de los diferentes modelos de atención disponibles en el país (oficial, tradicionales indígena y popular, alternativos, etc.).

Se sugiere estudiar las características más estructurales de la autoatención doméstica de la salud y los roles cumplidos por los sanadores informales que eventualmente hayan intervenido.

**Hipótesis 3.** Las consecuencias de la autoatención doméstica de la salud por lo general son coincidentes con las metas que la autoridad sanitaria define a través de sus normas.

Se sugiere estudiar la eventual complementariedad de las acciones curativas autónomas domésticas realizadas en los hogares, respecto de algunas prioridades programáticas definidas por el Ministerio de Salud. En este sentido sería importante determinar el grado de conocimiento, aceptación y cumplimiento existentes en cada hogar respecto de las normas del Ministerio de Salud acerca de problemas de salud definidos como prioritarios (a manera de ejemplo, podrían considerarse enfermedades diarreicas y bronquiales del niño, diabetes mellitus e hipertensión arterial del adulto, alteraciones menstruales de la mujer y accidentes caseros).

Dentro del mismo interés validatorio, sería de interés detectar la eventual participación de algún miembro de la familia en acciones de autocuidado de la salud, en grupos de autoayuda, etc., tal como fueron definidos inicialmente.

## **Reflexiones finales**

Con algunas reflexiones finales originadas por la lectura del mismo artículo del Prof. Levin citado anteriormente (15), concluimos esta presentación:

- una, es necesario elaborar una nueva estrategia de desarrollo de la salud, que esté basada en los recursos del individuo, la familia y la comunidad, es decir, otorgar a la autoatención doméstica de la salud el status de

verdadero primer nivel de asistencia sanitaria. La función de los servicios profesionales sería complementaria de tal estrategia, esto es, sólo un segundo nivel de asistencia sanitaria; más aún, compartirían de alguna manera este segundo nivel los servicios profesionales de sanadores oficiales e informales.

- dos, es necesario compatibilizar la normativa jurídica sanitaria existente con la realidad de la autoatención de la salud. En realidad que ya hace tiempo que la frecuente exigencia de médicos y otros profesionales de la salud, respecto a que ellos son los únicos que pueden realizar diagnóstico, tratamiento y pronóstico de las enfermedades resulta no sólo anacrónica, sino también una demanda impracticable.

- tres, es necesario investigar los significados psicosociales y culturales de la autoasistencia y sus variantes dentro de una cultura, a fin de posibilitar el diseño de programas de educación para la salud más eficaces, y

- por último, es necesario "secularizar" la asistencia médica, ampliando el acceso del público a sus conceptos y técnicas y dando a conocer sus beneficios, limitaciones e inconvenientes. La educación sanitaria debe agregar a sus dos metas habituales de la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, una tercera de educación sanitaria de apoyo, que fortalezca la función asistencial de los individuos, las familias y otros recursos sanitarios informales existentes en la comunidad.

La verificación de las 3 hipótesis recién señaladas mediante estudios como los sugeridos, sin duda que contribuirían significativamente en el logro de todas estas aspiraciones.

## **Bibliografía**

- Astín, J. A. "Why Patients Use Alternative Medicine. Results of a National Study". JAMA, May 20, 1996 - Vol. 279, N° 9.
- Alvarez, M L; Aranda, M T; Figueroa, E y Osorio, S. "Tratamiento de enfermedades en una población rural: vigencia de elementos hispanos". Soc. Sci. Med., 1983, 17, 8: 471-473.
- Bronfman, M; Castro, R; Zúñiga, E; Miranda, C y Oviedo, J. "Del 'cuánto al 'porqué: la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios". Salud Pública de México, vol. 39, N° 5: 442-450, 1997.
- Campos Navarro, R (compilador). La Antropología Médica en México (2 vols, 455 pp.). Instituto Mora, Universidad Autónoma Metropolitana. México, 1992.
- Campos Navarro, R. "Prácticas médicas populares: algunas experiencias sobre el proceso de autoatención curativa". En Campos Navarro, R (comp.) La Antropología Médica en México, vol. 1: 186-210 (op. cit.).
- Citarella, L; Conejeros, A M; Espinosa, B; Jelves, I; Oyarce, A

- M y Vidal, A (comp.). *Medicinas y Culturas en la Araucanía*. Edit. Sudamericana, Santiago - Chile, 1995 (616 pp).
- Donoso, F; Sarué, E; Ramírez, L; Lobos, L y Fernández, M. "Estudio de la medicina botánica como recurso de salud en una población periurbana de Santiago". *Rev. Pediatría*, vol. 27: 121-129, 1984.
- Eisenberg, DM; Kessler, RC; Foster, C; Norlock, FE; Calkins, DR and Delbanco, TL. "Unconventional medicine in the United States. Prevalence, costs, and patterns use. *N.Engl.J.Med.*, 1993, Jan 28; 328 (4): 246-52.
- Furnham, A and Smith, C. "Choosing Alternative Medicine: A Comparison of the Beliefs of Patients Visiting a General Practitioner and a Homeopath". *Soc. Sci. Med.* Vol. 26, N° 7: 685-689, 1988.
- Grebe, M E; Rajs, D y Segura, J. "Enfermedades populares chilenas. Estudio antropológico de cuatro casos". *Cuadernos de la Realidad Nacional*, N° 9: 207-238, septiembre de 1971.
- Horwitz, N. "Países en Desarrollo: Trabajo Integrado de Cientistas Sociales y Profesionales de Salud". En *Ciencias Sociales e Medicina. Actualidades e Perspectivas en Latinoamérica* (Hardy, E., Duarte, M.J. y Rodríguez, E., edit.). CEMICAMP, Brasil. Abril, 1995.
- Jara, C; Kutz, D; Palma, F; Olguín, MA; Kuzmivic, B y Venturini, G. "Medicina tradicional como fuente de resolución de problemas de salud infantil. Perspectiva para el autocuidado de la salud". *Cuad. Méd. Soc.*, XXVI, 2: 69-74, 1985.
- Jiliberto, N y Pereda, C. *Contribución al Diagnóstico de la Situación de Atención Médica en Consulta Externa, en un Area de Salud*. Univ. Chile, Depto. Salud Pública y Medicina Social, Unid. Cs. Sociales. S/d (a mimeógrafo, 7 pp).
- Kronenfeld, JJ and Wasner, C. "The Use of Unorthodox Therapies and Marginal Practitioners". *Soc. Sci. Med.*, Vol. 16: 1119-1125, 1982.
- Levin, L S. "La autoasistencia de la salud: posibilidades y escollos que representa". *Foro Mundial de la Salud*, 2 (2): 206-215, 1981.
- Levy, S. "Mujeres del campo ante la medicina tradicional y la medicina moderna". *ENFOQUES Aten. Prim.* 3 (2): 25-32, 1988.
- López, I; Pessoa, S; Salazar, D; Calvanese, M; Hurtado, R; Avendaño, P; Araneda, P; Silva, C; Cárcamo, C y Busto, P. "Líderes Informales en Salud". *Cuad. Méd. Soc.*, XXVI, 3: 111-118, 1985.
- Lozoya, X y Zolla, C (edit.), *LA MEDICINA INVISIBLE*. Introducción al estudio de la medicina tradicional de México (varios autores). Fokios Ediciones, S.A., México, 1983 (303 pp).
- MacLennan, Alastair H.; Wilson, David H, and Taylor, Anne W. "Prevalence and costs of alternative medicines in Australia". *Lancet*, Vol 347: 569573, March 2, 1996.
- Medina C, E. *Medicina Tradicional Chilena*. Un estudio sobre manifestaciones y significados del sistema médico popular urbano y rural como recurso no oficial de salud. Tesis para optar al Grado de Maestro en Antropología Social. Universidad Iberoamericana, México D.F., 1981 (307 pp).
- Medina C, E (edit.). *Seminario Medicina Tradicional* (varios autores). Universidad de Chile - Fac. Filosofía, Humanidades y Educación - Depto. Antropología y Hospital Psiquiátrico "Dr. José Horwitz Barak". Santiago, 1984 (271 pp).
- Medina C, E. "La medicina tradicional o popular y la medicina oficial o moderna. Consideraciones sobre su eventual integración". *ENFOQUES Aten. Prim.* 3 (3): 11-22, 1988.
- Medina C, E. "Autoatención de la salud, una realidad cotidiana". *Vida Médica*, 48, 3: 49-53, junio-julio 1996.
- Medina C, E. "Autoatención de la salud: aproximación a una realidad sanitaria cotidiana". *Curso Salud y Fitoterapia*. Chiloé 1996. Ancud, noviembre de 1996 (12 pp).
- Medina C, E; Prado, M T y Vitriol, V. *Estudio sobre conocimientos, contactos y actitudes de los agentes de la medicina oficial hacia la medicina tradicional o popular*. Santiago, 1986 (a mimeógrafo, 125 pp).
- Medina C, E; Martínez, J L; San Martín, A y Hauser, R (edit.). *Actas 2º Congreso de Plantas Medicinales - Chile 95* (varios autores). Santiago de Chile Marzo de 1997 (301 pp).
- Medina L, E y Kaempffer, A M. "Morbilidad y Atención Médica en el Gran Santiago". *Rev. Méd. Chile*, 107: 155-168, 1979.
- Medina L, E y Kaempffer, A M. "Características de la atención de salud en el Gran Santiago". *Rev. Méd. Chile*, 108: 937-944, 1980.
- Medina L, E; Kaempffer, A M y Cumsille, F. "Funcionamiento de los sistemas de salud en el Gran Santiago 1983". *Rev. Méd. Chile*, 112: 1157-1164, 1984.
- Medina L, E; Kaempffer, A M y Cumsille, F. "La atención de salud en la Región Metropolitana: comparación de las encuestas de 1977 y 1983". *Rev. Méd. Chile*, 113: 1007-1015, 1985.
- Medina L, E; Kaempffer, A M; Martínez, L y Cumsille, F. "Atención médica en doce ciudades chilenas". *Rev. Méd. Chile*, 116: 579-586, 1988.
- Medina L, E; Kaempffer, A M; Cornejo, E; Hernández, E y Wall, V. "Atención médica en Santiago, 1993". *Rev. Méd. Chile*, 1995, 123: 108-115.
- Medina, L., E; Kaempffer, AM; Cornejo, E y Hernández, E. "Características y manejo de la morbilidad en siete ciudades chilenas". *Rev. Méd. Chile* 1997; 125: 950-955.
- Medina L., E; Kaempffer, AM; Cornejo, E y Hernández, E. "Atención médica en siete ciudades chilenas". *Rev. Méd. Chile*, 1997; 125: 1091-1096.
- Mellado, V; Medina C., E y San Martín, C. *Herbolaria Médica de Chile. Diagnóstico de su estado actual y perspectivas futuras para la Medicina Oficial Chilena*. Santiago de Chile, 1997 (273 pp).
- Menéndez, E L. *Poder, estratificación y salud. Análisis de las condiciones sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. Ediciones de la Casa Chata. México, 1981.
- Menéndez, E L. *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. Cuadernos de la Casa Chata 86, México, 1984 (125 pp).
- Menéndez, E L. *antropología médica. orientaciones, desigualdades y transacciones*. Cuadernos de la Casa Chata 179, 1990 (254 pp).
- Menéndez, E. "Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres

- estructurales". En Campos Navarro, R (comp.) *La Antropología Médica en México*, tomo 1: 97-114 (op. cit.).
- Menéndez, E. "Autoatención y Automedicación. Un sistema de transacciones sociales permanentes". En Campos Navarro, R (comp.) *La Antropología Médica en México*, tomo 1: 141-185 (op. cit.).
- Menéndez, E. L. "Salud pública: sector estatal, ciencia aplicada o ideología de lo posible". En *LA CRISIS DE LA SALUD PÚBLICA: reflexiones para el debate*: 103-122. OPS/OMS, Publicación Científica N° 540. Washington, D.C., 1992.
- Menéndez, E. "La enfermedad y la curación ¿Qué es la medicina tradicional?". *ALTERIDADES*, 1994, 4 (7): 71-83. México.
- Ministerio de Salud - Unidad de Medicina Tradicional y Otras Prácticas Médicas Alternativas. Consideraciones para una normalización de las prácticas médicas alternativas. Documento de trabajo. Marzo de 1993 (15 pp).
- Ministerio de Salud. De Consultorio a Centro de Salud: Marco Conceptual (2ª ed.). Santiago, junio 1997 (118 pp).
- Misrachi, C y Sáez, M. "Valores, creencias y prácticas populares en relación a la salud oral". *Cuad. Méd. Soc.*, XXX, 2: 27-33, 1989.
- Montecinos, S y Conejeros, A.M. Mujeres mapuches - el saber tradicional en la curación de enfermedades comunes. CEM, Serie Salud y Mujer N° 2. Santiago, 1985 (89 pp).
- Montes, M y Wilkomirsky, T. *Medicina Tradicional Chilena*. Editorial de la Universidad de Concepción. Concepción, 1987 (205 pp).
- Nebot, M y Llauger, M.A. "Autocuidado de los trastornos comunes de salud: resultados de una encuesta telefónica en la población general". *Medicina Clínica*, 99, 11: 420-424, 1992, Barcelona.
- Nigenda, G; Lockett, L; Manca, MC y Rodríguez, B. "Modelos complementarios de atención: un componente excluido en la reforma de los Sistemas de Salud". *Rev. Méd. Chile* 1997, 125: 1399-1404.
- Ortega, F (edit.). *Sistemas de Salud en Ecuador (1º y 2º Seminario Nacional, varios autores)*. Instituto Nacional de Investigaciones Nutricionales y Médico Sociales, Ministerio de Salud Pública, OPS. Quito, 1985 y 1987 (2 vol, 286 y 206 pp).
- Osoño Carranza, R M. *LA CULTURA MEDICA MATERNA Y LA SALUD INFANTIL. Síntesis de Representaciones y Prácticas Sociales en un Grupo de Madres de Familia*. Tesis para optar al Título de Maestra en Antropología Social. Escuela Nacional de Antropología e Historia, México D.F., 1994 (398 pp).
- Osterweis, M; Bush, PJ and Zuckerman, AE. "Family Context As A Predictor of Individual Medicine Use". *Soc. Sci. & Med.*, Vol 13A: 287-291, 1979
- Oyarce, A.M. "Sistemas médicos que coexisten en la Novena Región de Chile: una descripción general. ENFOQUES Aten. Prim. 3 (3): 37-45, 1988.
- Pereda Feliú, C. *Aceptación y Cumplimiento de Algunas Normas de Salud, por las madres del Area Rural*. Tesis de Prueba, Esc. Sociología, Univ. Católica de Chile, noviembre de 1967 (102 pp).
- Pereda, C; Alvarez, M; Arizabalo, H; Moua, C y Sepúlveda, G. *Algunos Resultados del Diagnóstico de la Situación de Atención Médica en Consulta Externa, para un Sector de la Población la Bandera*. Univ. Chile, Depto. Salud Pública y Med. Social, Unid. Cs. Sociales, 1971 (a mimeógrafo, 14 pp).
- Pereda, C. "Under and Over Demand and the Use of Personal Health Services: the Problem of Differential Accesibility". *Ethics in Science & Medicine*, Vol. 3: 107-128, 1976.
- Pereda, C. "La madre y el cuidado de la salud de sus hijos: análisis de un rol". En *Mujer y Sociedad (Comp. Paz Covarrubias y Rolando Franco)*: 499-548. UNICEF. Santiago-Chile, 1978.
- Pereda, C; Rodríguez, J; Soto, J; Soto, D; Améstica, H y Báez, M. "Diagnóstico de situación de la lactancia materna en cuatro regiones de salud de Chile - 1979". *Cuad. Méd. Soc.*, XXIII, 1: 13-26, 1982.
- Sepúlveda, O. "Algunos problemas de salud en el Area Metropolitana del Gran Santiago". Seminario de Formación Profesional Médica: 123-175. Santiago - Chile, 1960.
- Spigelblatt, L; Laine-Ammara, G; Pless, IB and Guyver, A. "The use of alternative medicine by children". *Pediatrics*, 1994, Dec, 94 (6 Pt 1): 811-4.
- Toro, J; Pereda, C; Astroza, L y Risopatrón, F. *Conocimientos, creencias y prácticas de las madres en infecciones respiratorias agudas y traumatismos infantiles*. Ministerio de Salud - UNICEF, Serie Investigaciones Operacionales N°1, octubre 1992 (64 pp).
- Zolla, C y Mellado, V. "La función de la medicina doméstica en el medio rural mexicano". En *Las mujeres y la salud (Soledad González Montes, comp.)*: 71-92. El Colegio de México, 1995.