

ITINERARIOS TERAPÉUTICOS EN EL CUIDADO DE LA SALUD DE LOS INFANTES DE UN BARRIO DE BOGOTÁ

Claudia Isabel Córdoba*
María Claudia Duque**

Introducción

Todos los pueblos han generado y poseen conocimientos y habilidades arraigados que les dan la posibilidad de satisfacer sus necesidades de protección y sobrevivencia en el medio en el que habitan. Estos conocimientos y habilidades se encuentran en permanente construcción y se nutren de elementos nuevos que les permiten manejar y/o transformar las situaciones adversas que pueden causar enfermedad o muerte.

En el campo de la salud también existen diferentes saberes y acciones que permiten atender los problemas que amenazan la integridad de uno o varios de los miembros del grupo. Como lo plantean Duque y Salazar (1), en el estudio sobre el cuidado de la salud en comunidades indígenas y afro-colombianas, las comunidades cuidan a las personas tanto en la promoción de la salud como en los procesos de enfermedad, utilizando los conocimientos y las prácticas que por tradición han sido efectivos.

* Profesora asistente, Facultad de Enfermería Universidad Javeriana; magister en enfermería pediátrica; enfermera Universidad Nacional.

** Profesora titular, Facultad de Enfermería Pontificia Universidad Javeriana, especialista en pediatría; magister en psicología comunitaria.

Actualmente se reconoce la importancia que tiene el que los servicios y funcionarios de salud admitan la diversidad cultural en las prácticas de cuidado de la salud. En diferentes ámbitos internacionales se empiezan a considerar la sensibilidad social y la competencia cultural como elementos centrales en la atención de salud. Esta competencia cultural contempla conocimientos, actitudes y herramientas que propician flexibilidad, empatía y comunicación (2).

La salud y la enfermedad son fenómenos determinados no sólo por factores biológicos, genéticos, físicos y químicos, también son el resultado de la acción de factores sociales, culturales y de comportamiento de las personas. En este sentido, las opciones y decisiones que toma, por ejemplo, una madre cuando su hijo está enfermo, serán el resultado de una parte, de las posibilidades a las que tenga acceso en términos de ingreso económico y servicios de salud disponibles, y de otra, de los valores y conocimientos que tiene a partir de la tradición y de su experiencia.

Las familias, como núcleo social, son poseedoras de creencias, mitos, acciones y sentimientos similares que han heredado de generación en generación y que persisten, con algunas modificaciones, a través del tiempo. Es en este grupo donde se toman las primeras decisiones frente a la salud-enfermedad, y es en ella donde se manejan los aspectos preventivos y curativos para mantener o reestablecer la salud de sus miembros. La familia es la unidad social más interesada en solucionar los problemas de salud que ocurren en su interior haciendo uso de saberes para realizar acciones en beneficio del individuo enfermo. La puesta en práctica de esos conocimientos genera lo que se conoce como medicina casera y, según Patricia Vila de Pineda (3), este tipo de medicina es un recurso inicial y tentativo en la restauración de la salud, que incluye la complementación en el hogar de un tratamiento médico instaurado que no exige para su práctica la presencia de un trabajador de la salud, e incluye la práctica de acciones que permiten fomentar la salud de los integrantes de un grupo.

La medicina casera surge entonces como resultado de los procesos de asimilación de la medicina facultativa contrastada y mezclada con descubrimientos propios que logran tener significado cuando a través de su práctica se muestran efectivos. A este respecto Young Allan, citado por Barajas (4), asegura que la persistencia de creencias y prácticas populares tiene que ver con los imperativos morales e instrumentales y con la efectividad empírica que confirma la cosmovisión que posee un grupo. Cuando es confirmada la eficacia de una acción o un grupo de ellas, son adoptadas y permanecen a lo largo del tiempo y de las generaciones (5).

De igual manera, en las familias las madres han sido reconocidas como las principales cuidadoras de la salud de los niños y las niñas,

siendo las primeras en realizar acciones de promoción de la salud y prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades comunes de la infancia (6). Para los trabajadores del sector salud es común encontrar madres que reconocen e identifican claramente diversas enfermedades en los niños(as) y deciden sobre la forma como pueden tratarlas, ya sea a través de remedios caseros, buscando especialistas tradicionales, acudiendo a la medicina facultativa, mágico-religiosa o haciendo una mezcla de los diferentes modelos médicos.

Estas opciones y decisiones de las madres establecen recorridos que buscan solucionar los problemas de salud de sus hijos. La familia, entonces, se constituye en la fuente de estudio de esta investigación, a partir de la cual se intenta comprender hasta dónde una madre puede lograr el control de la salud de sus hijos —máxime cuando diversos estudios han identificado algunos factores que condicionan y determinan el acceso a los servicios de salud de la medicina facultativa— (7), y cuáles son los recorridos que siguen para solucionar los problemas de salud de sus hijos.

La interpretación de los hallazgos está basada en la propuesta de Caldwell (8), quien plantea el término “Transición de la Salud” (TS) —Health Transition— que incluye a los determinantes de la salud —sociales, culturales y de comportamiento—, es decir, aquellos determinantes diferentes a las intervenciones facultativas y al ingreso económico. Por otro lado, Berman (9) propone la Producción de la Salud en el Hogar (PSH) como un concepto que permite integrar una variedad de disciplinas y saberes que buscan dar luces y generar cambios en los determinantes de la salud. La PSH está definida como un proceso de conducta dinámico a través del cual las familias combinan sus conocimientos, recursos, normas y patrones de conducta (internos) con las tecnologías, servicios, información y herramientas disponibles (externos) para restaurar, mantener y promover la salud de sus miembros. Ambas perspectivas, TS y PSH, se constituyeron en el marco referencial de este trabajo, dado que ambos modelos colocan a las familias y los hogares en el centro del proceso del mejoramiento de la salud, como el sitio en el que se produce la salud.

Metodología

Para poner en evidencia los conocimientos de las madres acerca del cuidado de la salud de sus hijos, así como los agentes terapéuticos que ellas escogen para solucionar los problemas de salud y las razones por las cuales escogen uno y no otro agente, fue necesario utilizar la metodología cualitativa, dado que a la luz de otros métodos sería poco probable para las investigadoras entender la realidad vivida por estas mujeres. El fenómeno estudiado, es decir, el itinerario seguido por las

madres, fue inicialmente explorado para luego ser descrito y de esta manera lograr la interpretación.

Herramientas

1. Entrevistas a profundidad: la intención era conocer lo que la madre sentía, pensaba y hacía frente al cuidado de la salud de sus hijos, de manera que pudiera exponer a través de relatos y narraciones su experiencia personal con sus propias palabras.
2. Entrevistas a grupos focales: este tipo de entrevista fue dirigido a grupos de madres cuyas características sociales y demográficas eran comunes. Con este criterio se conformaron tres grupos focales con los cuales se logró hacer triangulación de la información.
3. Observación: esta permitió recoger información dentro del medio natural y se registró sistemáticamente en las notas de cada salida de campo.
4. Notas de campo: en ellas se realizó la descripción detallada de las observaciones, entrevistas, citas, fechas, contextos, reflexiones y primeros análisis de la información, y las interacciones de las investigadoras con las madres y los infantes.
5. Fotografía: esta herramienta permitió el registro de los eventos que, desde otro ángulo, nutrió la información.

Manejo de los datos

El análisis de los datos fue paralelo a la recolección de la información; gracias a ello fue posible identificar vacíos y volver a las fuentes iniciales a fin de conseguir el material necesario para el análisis. El manejo de los datos se realizó de la siguiente manera:

1. Obtención de información a través de las herramientas.
2. Transformación de la información obtenida en texto escrito.
3. Fragmentación de la información en párrafos.
4. Organización de la información seccionada en categorías deductivas, las cuales fueron definidas desde el comienzo del proyecto para guiar el proceso investigativo y permitir dentro de cada una de ellas el surgimiento de categorías inductivas, es decir, que las respuestas de las madres daban inicio a la identificación de la información relevante. Estas categorías se compartieron con las madres de tal forma que, antes de iniciar la fase descriptiva de la investigación, se lograra realizar la verificación y consistencia de la información recolectada, para garantizar nuevamente su validez y fidelidad.
5. Codificación de la información.
6. Descripción de la información.
7. Creación de matrices.
8. Interpretación de la información.

Selección de la muestra

En la metodología cualitativa, la muestra es la información obtenida a través de las herramientas de recolección. No se trata de una muestra numérica estadística, es decir, no responde a un número predeterminado de personas sino más bien a un número de datos o muestreo teórico (10) dado por la necesidad de recoger datos hasta lograr la saturación o la no existencia de nuevos datos. Para este caso la saturación de información se logró con cincuenta y siete eventos de salud-enfermedad, a partir de los cuales se suspendió la indagación. La saturación de información evita la sobre ilustración de la situación estudiada y favorece la consecución de otros datos importantes. Es necesario resaltar que la muestra no estuvo constituida por las madres o los infantes, sino por los eventos de salud-enfermedad referidos por las primeras pero padecidos por los segundos.

Resultados

Las enfermedades

La salud del niño es interpretada por las madres de esta comunidad como la posibilidad que tiene el pequeño para desempeñar su rol infantil; es decir, que el niño está sano cuando juega, come y duerme bien. Adicionalmente, las madres identifican en sus pequeños una serie de signos que las invitan a pensar que están enfermos.

Desde este punto de vista, las madres reconocen dos conceptos de enfermedad: la social, cuando identifican que los niños no desempeñan su rol, y la fisiológica, cuando explican que en el niño se hace evidente el curso de la enfermedad con una serie de manifestaciones físicas.

En términos fisiológicos estas mujeres identifican y dan nombre a una gran variedad de enfermedades, dentro de las cuales se destacan aquellas que producen problemas respiratorios, digestivos y de la piel. Este diagnóstico de salud de la población infantil basado en el sentir de las madres, coincide con el reportado por la Secretaría Distrital de Salud, en el Diagnóstico local de salud con participación social de la localidad de Chapinero (11).

En el Cuadro se presenta la clasificación de las enfermedades padecidas por los infantes e identificadas por las madres, y se evidencia la forma como las madres han logrado incorporar a su cultura de salud-enfermedad una gran variedad de términos utilizados por diferentes modelos médicos. El modelo médico científico ha aportado términos como "broncomonía" (bronconeumonía), bronquiolitis, neumonía, asma, amigdalitis y otitis entre otros, con los que las madres hacen referencia a algunos problemas de tipo respiratorio, y del modelo médico tra-

dicional (dentro del cual se incluyen los curanderos y la medicina casera) utilizan términos como gripa, pujo o descuaje, entre otros.

El uso de un lenguaje en el que se conjugan varios modelos médicos evidencia la coexistencia de por lo menos tres modelos médicos en esta comunidad. Cada término ha sido aprehendido e incorporado al lenguaje común de la comunidad, nutriendo así el conocimiento popular. Esta aprehensión se ha logrado por el contacto de las madres con los actores del modelo médico científico y con miembros de la comunidad reconocidos como agentes de salud dentro del mismo grupo social, este es el caso de las abuelas, parteras y sobanderas.

Los términos congestión de pecho, flemas, nariz tapada, oído reventado, soltura, hinchazón o fiebre surgieron de la experiencia lograda a través de la observación sistemática de las manifestaciones de la enfermedad de los infantes. A partir de los signos de la enfermedad, las mujeres construyen palabras diagnósticas que resumen una serie de signos y síntomas; en otras ocasiones utilizan signos como término descriptivo de la enfermedad y como término diagnóstico; por ejemplo, para estas mujeres la palabra hinchazón es un signo, pero también es una enfermedad.

Enfermedades identificadas por las madres en sus infantes

Problemas de salud	Nombre de la enfermedad		
	Modelo médico científico		Modelo médico tradicional
	Patológico	Signos	
Respiratorio	Bronconeumonía	Dificultad para	Pujo
	Bronquiolitis	llorar	Oído reventado
	Neumonía		Gripa: fuerte normal
	Asma Amigdalitis Otitis		
Digestivo	Diarrea	Vómito	Soltura
	Infección intestinal	Agrieras Cólicos	Descuaje Irritación (cambios en la deposición)
Piel	Hongos	Brote	Hinchazón
	Varicela	Alergia	Ombbligo que no cae

Fuente: entrevista con las madres.

A partir del planteamiento de un diagnóstico, es posible que las mujeres que cuidan a los niños intenten restablecer la salud del infante (tratamiento) con una serie de medidas que también han sido apropiadas a través del proceso de construcción social, y que eviten nuevamente la presencia de la enfermedad con el control de las causas (medidas preventivas).

Los agentes de salud

Con las herramientas de la investigación se realizó la exploración de los itinerarios con veinte mujeres de la comunidad y cincuenta y siete eventos de salud-enfermedad de la población infantil.

En la Tabla se relacionan los agentes utilizados para resolver cada uno de los problemas que con mayor frecuencia afectan a la población infantil de este barrio; así es posible evaluar el comportamiento de la demanda de los recursos en salud, y cuáles sistemas médicos son más significativos para las madres de esta comunidad.

Agentes para problemas respiratorios

Una mirada horizontal de la Tabla permite identificar los diferentes agentes que actúan en la comunidad, y cómo la madre se constituye en el primer recurso de salud para atender a los infantes durante el proceso de enfermedad. De los treinta y tres (33) eventos que afectaron el sistema respiratorio de los niños, veinte —es decir el 72,7%— fueron atendidos por la madre a través del uso de la medicina casera, de manera que para estos problemas este tipo de medicina se constituyó en el principal recurso de salud. Sin embargo, la práctica de la medicina casera incluye tratamientos combinados de la medicina científica y prácticas populares, dado el sincretismo de conocimientos.

El gran uso que tiene la medicina casera en esta comunidad podría tener muchas explicaciones, entre ellas la baja cobertura que tienen los servicios de salud institucionales (12), debido no sólo a las características geográficas del barrio —el cual se encuentra prácticamente aislado por los cerros y por la gran avenida circunvalar—, sino también a las dificultades que la comunidad manifiesta para lograr transportarse hacia lo que ellos denominan “la ciudad”.

De estos veinticuatro eventos respiratorios, 18 —es decir el 54,5%— requirieron pasar a un segundo agente de salud, que en el caso de esta comunidad estuvo constituido principalmente por actores de la medicina científica. Esto indica que en este porcentaje de casos la intervención del primer agente de salud no logró los beneficios esperados en relación con el restablecimiento de la salud del niño, requiriéndose otro tipo de intervención.

De la totalidad de problemas respiratorios manejados por la madre como primer agente de salud a través de la medicina casera, seis —el 18,2%

de los eventos de salud-enfermedad fueron resueltos en el hogar sin necesidad de utilizar un segundo agente de salud dentro del itinerario.

Por otro lado, cinco de los problemas respiratorios —el 15,1%— fueron atendidos por el médico, sin que existiera uso de la medicina casera antes de consultarlo. En este tipo de casos la madre, a través de la sintomatología presentada por su hijo, escoge inmediatamente como primer recurso de salud al médico. De este porcentaje el 9% de los eventos requirió pasar a un segundo agente dentro del itinerario terapéutico, y 6,1% de los eventos atendidos por el médico se resolvió en esta primera consulta.

De la totalidad de los problemas respiratorios, cuatro —es decir el 12,1%— de los eventos presentados en los infantes fueron manejados simultáneamente por la madre a través de la medicina casera y por el médico a través de la medicina científica. En este tipo de casos existe el uso de prácticas populares conocidas e instauradas por la madre, y que han surgido como construcción social.

Según los datos anteriores se podría pensar que cuando existe combinación de agentes el porcentaje de éxito en la resolución de los problemas de salud de la población infantil aumenta de manera considerable.

Orden y frecuencia de consulta a los agentes de salud según evento

Agente	Agentes de salud según problema				Total
	No. Orden Itinerario	Eventos respiratorios	Eventos digestivos	Eventos de piel	
Madre	1	24	10	7	41
	2	3	3		6
	3	2			2
	4	1			1
Farmacéuta	2	1			1
Médico	1	5	4	2	11
	2	13	6	4	23
	3	6	3		9
	4	1			1
	5	2			2
Enfermera	2	1	1		2
	2		2		2
Sobandera	3		1		1
	4		1		1
Curandera	3	1			1
Combinación de agentes	1	4	1		5
Total		64	32	13	109

Fuente: estudio con 20 madres del barrio El Paraíso a partir de las cuales se exploraron los itinerarios seguidos en 57 eventos de salud-enfermedad de la población infantil.

De esta manera se puede asegurar que en un porcentaje significativo la medicina casera (en la que se combinan medicinas del modelo científico y prácticas populares) utilizada por la madre logra el restablecimiento de la salud de los infantes en la comunidad.

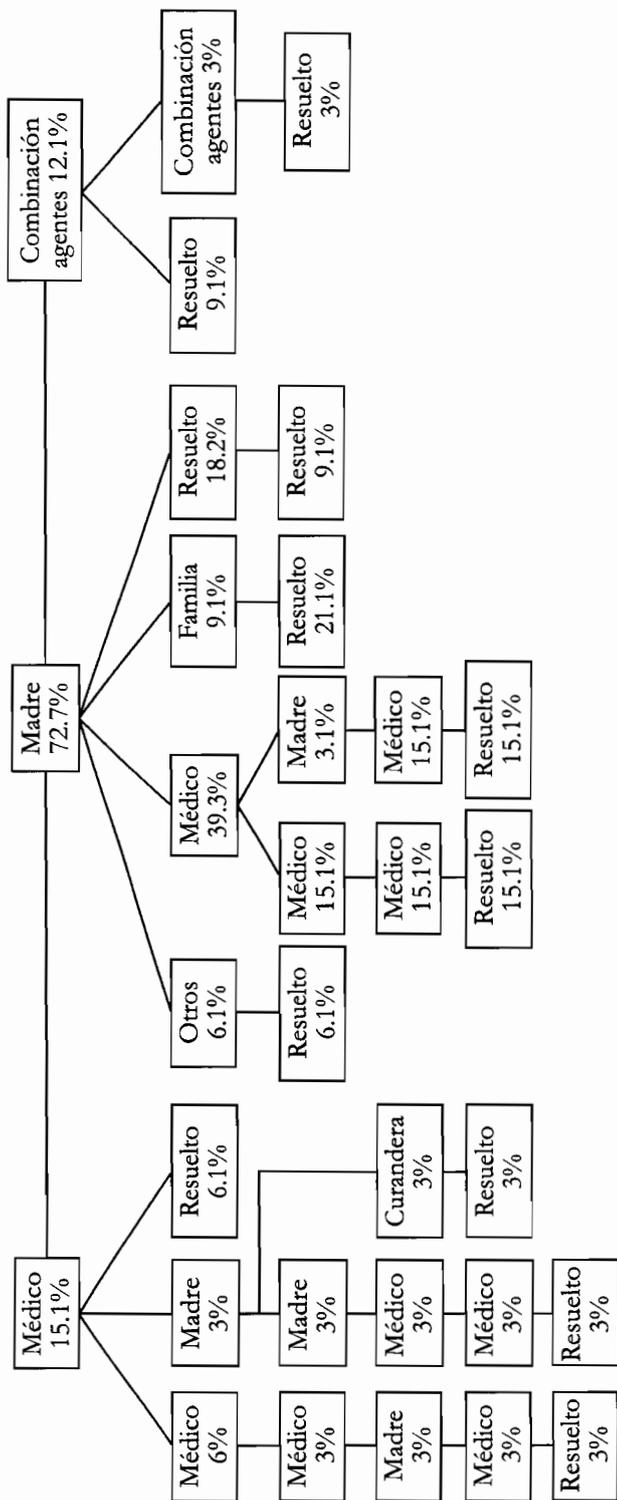
La madre como primer agente de salud y utilizando como recurso la medicina casera, no logró mejorar las condiciones del niño en el 54,5% de los casos que ella manejó. Esta situación la obligó a continuar su recorrido en busca del restablecimiento de la salud de su hijo. Como se mostró, el médico es el segundo agente más buscado dentro del itinerario con un 39,3% de consulta, seguido por otro miembro de la familia, siempre del género femenino (hermanas, tías o abuelas), con un 9,1%, y en porcentajes mucho más bajos otros agentes como vendedores de farmacia y enfermeras con un 6,1%. De los eventos de salud-enfermedad que requirieron atención médica como segundo agente del itinerario, el 18,2% no fue resuelto a este nivel y requirió pasar a un tercer agente de salud que en el 15,1% de los casos fue otro médico, y en el 3,1% restante el niño retornó a su hogar para recibir tratamiento casero con la madre como tercer agente. El 21,1% de los eventos atendidos por el médico como segundo agente se resolvió a ese nivel.

El médico como primer agente de salud recibió al 15,1% de los casos, de los cuales el 6,1% se resolvió y el 9% de los eventos pasó a un segundo agente dentro del itinerario. De este 9%, el 3% retornó al hogar para ser atendido con manejo casero por la madre como segundo agente del itinerario sin obtener buenos resultados, lo que obligó a la madre a buscar un tercer agente que fue la curandera, quien finalmente logró interrumpir el itinerario. Esto permite mostrar que cuando los agentes de la medicina casera y científica fallan en el tratamiento, surgen nuevos actores de salud —en este caso los curanderos— como última posibilidad de solución. Del mismo 9% de los casos que requirió manejo por un segundo agente, el 6% fue atendido por el médico sin que se lograra solucionar el problema, y en estos casos se requirió de un tercer y cuarto agente dentro de los cuales se encontró al médico y a la madre intercaladamente hasta que finalmente se hizo uso del quinto agente que para estos casos fue el médico donde se interrumpió el itinerario (ver Figura 1).

La combinación de agentes ocurrió en el 12,1% de los eventos, de este porcentaje el 9,1% logró ser resuelto a este nivel y el 3% requirió una buena intervención. En todos los casos estudiados los agentes que se combinaron fueron siempre representantes de la medicina casera y la medicina científica.

Agentes de salud seguidos en el itinerario para manejar los problemas respiratorios

Figura 1



Fuente: datos recogidos por las autoras a partir de las entrevistas realizadas con las madres.

Agentes de salud seguidos en el itinerario para manejar los problemas gastrointestinales

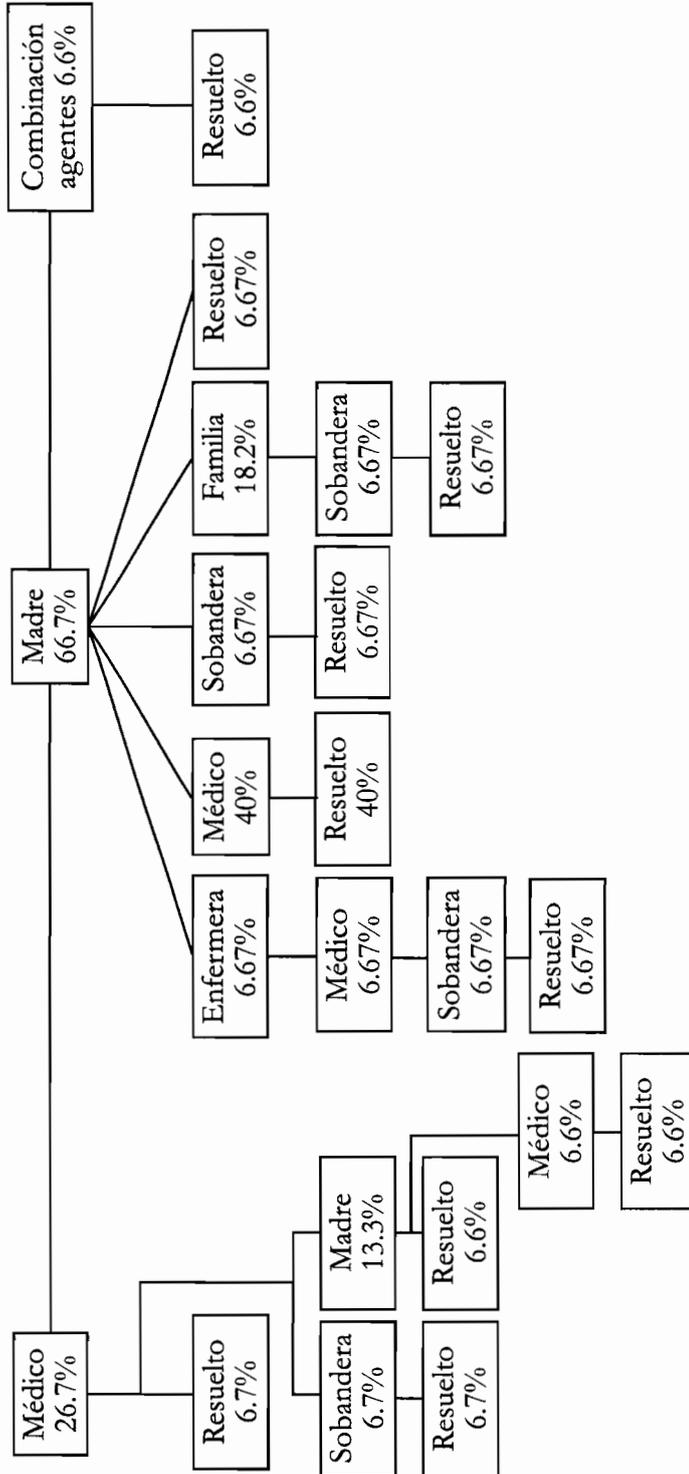


Figura 2

Fuente: datos recogidos por las autoras a partir de las entrevistas realizadas con las madres.

Agentes para problemas gastrointestinales

En la Tabla se puede apreciar que se presentaron 32 eventos gastrointestinales, de los cuales diez fueron manejados inicialmente por la madre del infante, es decir el 66,7%.

La madre como primer agente del itinerario logró resolver el 6,67% de los problemas gastrointestinales a través de la medicina casera y el 60% requirió pasar a un segundo agente. Dentro de éstos, el 40% lo manejó el médico resolviendo el problema en este nivel; el 6,67% fue manejado por la sobandera a través de su propia medicina resolviéndose también en este nivel; otro 6,67% fue manejado por una enfermera, de la que se requirió pasar al médico como tercer nivel y de éste a la sobandera como cuarto nivel obteniéndose la solución del problema de salud del infante; finalmente, el 6,67% de los eventos que requirieron segundo agente pasaron a un miembro de la familia sin que se lograra la solución del evento, lo que obligó a la madre a buscar un tercer agente que fue la sobandera en la que se interrumpió el itinerario.

Específicamente en las diarreas, la sobandera empieza a aparecer en los itinerarios terapéuticos como un agente importante para la comunidad, siendo reconocida por su habilidad en el tratamiento de las diarreas provocadas por el descuaje. Según las madres, las diarreas por descuaje no pueden ser tratadas por el médico porque éste no tiene competencia para hacerlo. De hecho los agentes tradicionales aparecen en el itinerario en la medida en que se ha fracasado en el tratamiento ofrecido por los agentes científicos.

El médico como primer agente del itinerario en los problemas gastrointestinales recibió el 26,7% de estos eventos. De este porcentaje el 6,7% se resolvió en este nivel y el 20% pasó a un segundo agente; de este porcentaje el 6,7% pasó a la sobandera como segundo agente, resolviéndose en su totalidad en este nivel, y el 13,3% pasó a ser manejado en casa por la madre. Con el uso de la medicina casera se logró resolver el 6,6% de los casos y el restante 6,6% pasó a un tercer agente que fue el médico donde se suspendió el itinerario.

La madre de uno de los infantes relató así su experiencia:

Yo tenía a mi hijo de cinco años, el segundo hijo, que llevaba cuatro días con diarrea y una deshidratación completa. En ese entonces yo no sabía qué era eso, aunque ya había estudiado, yo no hice lo que ahora hago con mis otros hijos. Lo llevé ligerito para el hospital porque no sabía que mi hijo estaba descuajado. Lo único que le hacían en el hospital era darle suero y la diarrea del niño nada que se le quitaba. Entonces allá en el mismo hospital una señora me dijo: lo que tiene que hacer es mandar a sobar a ese niño; mirele esas ojeras, ¿lo va a dejar morir aquí en el hospital? Eso los médicos no le dan con el chiste, me dijo la señora, más bien diga que usted se lo lleva así. Yo me llevé a mi hijo bajo mi responsabilidad y me dijeron: señora el niño está muy mal, tiene mucha diarrea y la deposición le

huele muy mal. Yo les dije que no veía que le estuvieran haciendo nada a mi hijo, que solo le daban suero y yo trasnochándome sentada con él. Entonces firmé un papel y me lo llevé.

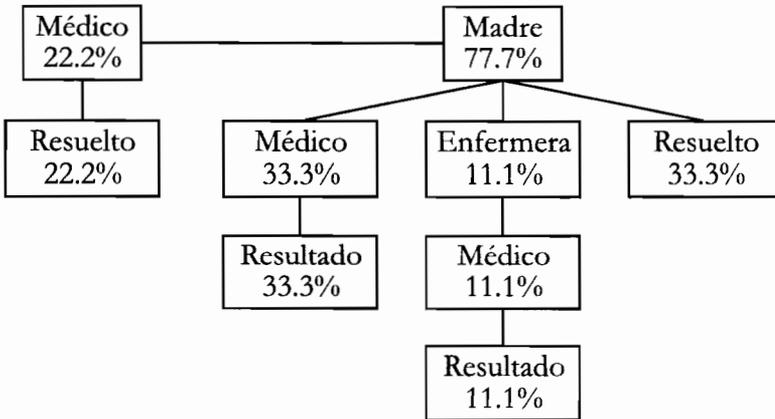
Lo mandé a sobar y al tercer día ya estaba bien, no tenía diarrea. Lo mandé a sobar sólo dos veces y la sobandera me dijo que lo mantuviera fajado, acostadito y a punta de jugos y se me mejoró. La ajustadita que le hicieron en el estómago le sirvió mucho.

Testimonios como éste muestran la importancia de estos agentes de salud para resolver los problemas de los niños. En la medida en que las madres los usan, el reconocimiento por estas personas se acentúa.

La combinación de agentes como manejo inicial de los problemas gastrointestinales se realizó en el 6,65% de los eventos, en los que se logró la solución completa del problema sin que se requiriera el paso a otro nivel. Nuevamente parece que la combinación de dos medicinas produce mejores efectos en la solución de los problemas de salud (ver Figura 2).

Figura 3

Agentes de salud seguidos en el itinerario para manejar los problemas de piel



Agentes para los problemas de piel

Los problemas relacionados con el patrón de protección orgánica se presentan en menor proporción que los anteriores. Tal vez ésta sea la razón por la cual sólo se observa durante el itinerario la participación de la madre y el médico como agentes primarios de atención. Se estudiaron nueve eventos que indicaban alteración en este patrón, de los cuales siete —el 77,7%— fueron manejados por la madre como primer agente de salud, y en el 22,2% estuvo el médico como primer agente.

La madre como primer recurso de atención logró manejar el 33,3% de los eventos, sin requerir el paso a otro agente de salud. El 44,4% de los eventos manejados inicialmente por la madre requirió de un segundo agente; de este último porcentaje, el 33,3% pasó al médico como segundo agente y en este nivel culminó el itinerario; el 11,1% de los eventos pasó al segundo agente del itinerario con la enfermera, después de la cual se requirió continuar con un tercer agente de salud que en este caso fue el médico.

El médico como primer recurso de atención en este tipo de problemas de salud manejó el 22,2% de los eventos, los cuales fueron resueltos en su totalidad en este primer nivel (ver Figura 3).

Discusión

Los hallazgos de este trabajo muestran que al igual que en otros grupos sociales de Colombia y América Latina, las madres son las principales cuidadoras de la salud de los niños (13) y el primer recurso (14) para realizar acciones de promoción de la salud, y prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades comunes de la infancia.

La selección del agente de salud tiene que ver con la enfermedad padecida por el infante y la gravedad de la misma. Para ello las madres reconocen en sus niños problemas de salud que denominan a partir de nombres clínicos, o que reconocen a partir de signos y síntomas. En otras ocasiones las madres identifican enfermedades tradicionales (descuaje) cuyo tratamiento en general es remitido a los especialistas tradicionales. Sin embargo, cuando las madres escogen el agente, simultáneamente suelen hacer uso de la medicina tradicional con la medicina facultativa (15) sin que parezca existir oposición entre estas dos. Esto mismo fue identificado por otros investigadores colombianos como Urrea (16) y Duque y Salazar (1) al plantear que las personas tienden a utilizar los recursos de salud a los que tienen acceso, y no tienen problema en utilizar tanto medidas facultativas como de medicina tradicional para solucionar sus problemas de salud. Se plantea entonces una combinación de los agentes de salud consultados, sin que haya una especialización por patologías que sea excluyente, y una conjunción del uso de diferentes medidas terapéuticas y agentes.

Los procesos de toma de decisiones para la búsqueda de agentes o tratamientos en beneficio de la salud de los niños se toma en las familias. Según Berman (9), este proceso de toma de decisiones en las familias se denomina Producción de Salud en el Hogar (PSH) y se define como “un proceso de conducta dinámico a través del cual las familias combinan sus conocimientos, recursos, normas y patrones de conductas (internos) con las tecnologías, servicios, información y he-

ramientas disponibles (externos) para restaurar, mantener y promover la salud de sus miembros" (9).

Las familias y los hogares son entonces el centro del proceso de mejoramiento de la salud, y la PSH lleva a dar menos valor a los servicios formales (hospitales, centros de salud y programas de control de enfermedades) como factores primarios en la determinación del nivel de salud. Éstos entran más bien a ser uno de los muchos y diversos recursos que las familias pueden emplear para mantener y promover la salud, y en este caso casi siempre la segunda opción.

Otro aspecto importante en la PSH es la conducta en salud que adoptan los miembros de la familia. Las formas de actuar de los individuos y las conductas adoptadas en la familia no se dan de manera aislada, sino que se encuentran condicionadas por el contexto cultural y por las condiciones económicas de la familia.

La PSH integra al campo de la Salud Pública importantes aportes de la antropología y la sociología, en tanto la salud y la enfermedad se observan como fenómenos sociales y culturales. En este sentido, los modelos permiten integrar el conocimiento producido por investigaciones sobre saberes, creencias y prácticas del cuidado de la salud en comunidades particulares, así como la relación de estos conocimientos y prácticas con la complejidad del mundo social y de la producción cultural.

Los itinerarios terapéuticos ubican la producción de salud, ya no en los servicios formales, sino en las familias como actores sociales, cuyos miembros eligen, dentro de un marco de opciones delimitados por el ingreso y otros factores macro del contexto social y económico, los recorridos a través de diferentes agentes y manejos terapéuticos.

Se identificaron también como cuidadores de la salud de la niñez a los agentes de la medicina facultativa, quienes son consultados por las madres cuando la medicina casera no surte el efecto esperado. Los especialistas tradicionales actúan de acuerdo con las causas que se atribuyen como generadoras de la enfermedad, y surgen como agentes de salud en la medida en que la medicina facultativa parece no tener efecto.

Conclusiones

La salud y la enfermedad se mueven en un campo de representaciones-vivencias que se mantiene a través del tiempo y que forma parte de la memoria colectiva de los grupos sociales. En la medida en que las madres se relacionan y mantienen una verdadera comunicación intercultural con los diferentes agentes de salud, van incorporando a la medicina casera una serie de actividades, creencias, prácticas y hasta roles relacionados con los eventos salud-enferme-

dad. Si estos nuevos conocimientos se ponen en práctica y generan respuestas positivas en la salud de la persona enferma, se mantienen y se transmiten; si no son efectivos, se desechan.

Los itinerarios terapéuticos que siguen las madres no sólo son los caminos seguidos por ellas, sino que involucran una serie de conocimientos, actitudes, habilidades y prácticas que estas mujeres van expresando en la medida en que realizan cada uno de sus recorridos.

La decisión sobre qué camino tomar exige en primera instancia la clasificación de la enfermedad padecida por el infante. Una vez diagnosticada la enfermedad en el hogar se escoge el agente o la mezcla de ellos para continuar con el tratamiento aconsejado o definido también en la familia. En general el manejo de los problemas de salud de los infantes se realiza utilizando la medicina casera en la que se incorporan tratamientos aprendidos de diferentes sistemas médicos.

Reconociendo esta gran variedad de conocimientos, prácticas, habilidades, creencias y roles, los agentes del modelo médico científico (dentro del cual se incluye a las enfermeras, nutricionistas, terapeutas, odontólogos, trabajadores sociales, etc.) están en la obligación de considerar la sensibilidad social y la competencia cultural como elementos básicos de la atención en salud. En este sentido deben eliminarse posturas médicas hegemónicas que subordinen otras.

La salud como un bien social no es susceptible de ser intervenida sin la existencia de principios mínimos de concertación, multiculturalidad y participación social que favorezcan el enriquecimiento de las partes a través del cuestionamiento y aprendizaje mutuo.

Referencias

1. Duque MC, Salazar E. Cuidado de las personas en los procesos de salud y enfermedad en comunidades indígenas y negras de Colombia. Santa Fe de Bogotá: Javegraf; 1994.
2. Lipson J. Dibble S, Minarik P. Culture and Nursing Care. University of California, San Francisco: Nursing Press; 1998.
3. Vila de Pineda P. Algunos aspectos del estudio de la medicina tradicional en Colombia. En: Memorias del Simposio de Medicina Tradicional, Curanderismo y Cultura Popular en Colombia de hoy; Villa de Leyva.
4. Barajas SC. El manejo de la salud y de la enfermedad en sociedades campesinas. Universidad Humanística 1995; 24. Jul-Dic.
5. CIID. Diseño y realización de proyectos de investigación sobre sistemas de salud 1995; 2 (Pt 1) Ottawa.
6. Módena ME. Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica. México: Ediciones de la Casa, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores de Antropología Social; 1990.

7. Hernández A, Sánchez M, Eslava J, Ruiz F. Factores condicionantes y determinantes del acceso a los servicios de salud para la población del régimen subsidiado y los participantes vinculados del nivel III de Sisben en 14 localidades de Santa Fe de Bogotá; 1999.
8. Caldwell, J. C. y Caldwell, P. What have we learned about the Cultural, Social and Behavioral determinants of Health? From selected readings to the first health transition workshop. Health transition review, Vol. 1, No. 1, April 1991.
9. Berman P, Kendall K, Bhattacharyya K. The household production of health; integrating social science perspectives on micro-level health determine. Soc Sci Med 1994; 38 (2): 205-215.
10. Sandoval Casilimas C. Programa de especialización en teoría, métodos y técnicas de investigación social. Investigación cualitativa. Bogotá: ICFES; 1996.
11. Alcaldía Mayor de Bogotá. Alcaldía Menor de Chapinero. Diagnóstico local con participación social.
12. Ibid.
13. Op. cit., Modena, p. 126-137.
14. Urrea F, Puerto F. Itinerarios terapéuticos y comunicación médica intercultural en dos poblaciones urbanas de Cali y Buenaventura. En: Cultura y salud en la construcción de las Américas. Políticas y experiencias. Pinzón C, Suárez R, Garay G, compiladores. Bogotá: Instituto Colombiano de Antropología, Colcultura, Comitato Internazionale per sviluppo dei populi; 1994.
15. Op. cit., Caldwell, p. 192.