

**LA MEDICINA POPULAR ACTUAL
EN LAS COMUNIDADES URBANAS MARGINALES
ESCUELA COLOMBIANA DE MEDICINA**

Dr. Mario Hernández Alvarez
Médico

Este trabajo es el producto del análisis de la información recolectada durante 2 años en un barrio periférico de Bogotá, acerca de algunas prácticas médicas no científicas que sus habitantes realizan. Pretende ser, a partir de una experiencia muy concreta, un aporte teórico-metodológico en dos aspectos fundamentales: en primer lugar, la-revisión de algunos conceptos básicos necesarios para el abordaje de esta problemática, tales como el concepto de medicina popular, ciencia médica, comunidad, marginalidad y la problemática de la migración rural urbana en Colombia, entre otros. La importancia de esta revisión teórica radica en que, cuando se realiza una recuperación histórica de un problema en una formación social concreta, lo que se entiende por todos estos conceptos resulta estrecho o inútil e incluso, el instrumento de recolección de información se hace rígido e ineficaz.

El segundo componente se refiere a la manera como un modelo metodológico previo al problema de investigación se hace cada vez más insuficiente frente a las características de la realidad que pretende observar, por lo cual la metodología comienza a construirse y enriquecerse a partir de los aportes que ofrece el problema mismo. De esta forma, en la ponencia no se realiza una descripción de la medicina popular actual en las comunidades urbanas marginales, sino algunos aportes para la investigación de esta problemática en un momento posterior.

**LA MEDICINA POPULAR
EN LAS COMUNIDADES URBANAS MARGINALES
(APORTES DESDE UNA INVESTIGACION CONCRETA)**

*Dr. Mario Hernández A**

INTRODUCCION

Desde hace aproximadamente 4 años la Escuela Colombiana de Medicina ha iniciado un proceso de contacto con las comunidades de los barrios nor-orientales de Bogotá, en la intención de crear un espacio docente, asistencial e investigativo que permitiera poner en contacto al estudiante de Medicina y Odontología con la problemática de salud que deberá enfrentar en su ejercicio profesional. Como médico general en Servicio Social Obligatorio, egresado de la Escuela, me vinculé con el Area Comunitaria hace 3 años para coordinar el Programa de Atención Primaria de Salud con participación de la comunidad, en el Centro de Salud Comunitario del barrio Cerro Norte. Desde el enfrentamiento médico a los problemas de salud-enfermedad en este ambiente se ha hecho necesario abordar, como parte del conocimiento de la comunidad, su propia manera de enfrentarlos basada en las distintas prácticas médicas no científicas históricamente construidas. Es en este contexto como debe verse mi interés en el problema de la medicina popular en las comunidades urbanas marginales, es decir, como parte de mi práctica médica diaria.

De otra parte hace cerca de 6 años, el grupo de docentes del Seminario de Filosofía e Historia de las Ciencias y de la Medicina de la Escuela, asumió como problema de investigación, el abordaje interdisciplinario de las prácticas médicas no científicas, dando los primeros lineamientos teóricos en este

* Médico General, Instructor Asistente. Areas de Medicina Comunitaria y Psicosocial. Escuela Colombiana de Medicina. Coordinador del Programa de A.P.S. con participación de la Comunidad del Barrio Cerro Norte de Bogotá.

sentido, en un documento elaborado por las Antropólogas Deyanira de Ríos y Consuelo Mariño¹. Posteriormente, una Antropóloga de la Universidad de Carolina del Norte, Deborah Bender al enterarse del interés del Seminario y del mío en particular en estos problemas, inició una investigación en el barrio Cerro Norte que denominó "Léxico Popular empleado en la descripción y tratamiento de síntomas de enfermedad de un barrio de Bogotá",² en la cual participé desde su diseño inicial. La investigación permitió obtener, gran cantidad de información, pero el contacto mismo con el problema del lenguaje, de las representaciones, de los conceptos, de las actitudes y de la historia del proceso comunitario, etc. generó un sin número de problemas teóricos que requieren poner en consideración una serie de conceptos que desde algunas corrientes antropológicas, parecían suficientemente claros. De esta forma los propósitos de la Dra. Bender continuaron hacia la construcción de un Léxico popular, con traducción paralela en el lenguaje médico para ser empleado en la docencia, mientras que el interés de la antropóloga Consuelo Mariño y el mío se centró en la descripción del conjunto de relaciones estructurales entre las representaciones culturales de los fenómenos de salud y enfermedad en los niños y la organización histórico-social de una comunidad específica. Así pues, este trabajo es el resultado parcial de este proceso y no pretende en ningún momento dar respuestas finales ni descripciones completas al problema de la Medicina Tradicional en las comunidades urbanas marginales; simplemente, se trata de una experiencia puntual que podría aportar elementos teórico-metodológicos para el abordaje de esta problemática.

Es bastante conocido el proceso de desarrollo de la Antropología médica en Colombia, pero la ineludible realidad de la ciudad actual, con sus cinturones de miseria, aun no parece haberse constituido en espacio de trabajo para el antropólogo de la salud con excepción de escasos trabajos³⁻⁹. Obviamente una revisión bibliográfica de las investigaciones realizadas hasta el momento acerca de la Medicina Tradicional y Popular es la base de cualquier propuesta en este campo, sin embargo la calidad histórico-social de la ciudad, y de cada grupo social específico en ella inmerso, requiere una profunda discusión teórica, de la cual éste no es más que un mínimo aporte.

II. DESCRIPCION DEL GRUPO SOCIAL DEL BARRIO CERRO NORTE:

El barrio Cerro Norte se encuentra en un área montañosa de explotación arenera, localizada al oriente de la carrera séptima de Bogotá, a la altura de la calle 162. Comparte el área con cinco barrios más que constituyen una población de cerca de 20.000 habitantes. Cerro Norte ocupa la zona más alta en un espacio geográfico erosionado, distribuido en 30 manzanas irregulares, con una población aproximada de 4.000 personas, que constituyen 750 familias nucleares y extensas compuestas por 5 personas en promedio.

La distribución de la población por grupos etéreos es similar a la que se

encuentra en medios rurales apartados, es decir, 43% menores de 15 años. 47% de población económicamente activa y 10% de mayores de 45 años. La distribución por sexo es equitativa, con un 51% hombres y 49% mujeres. El crecimiento de la población es muy irregular, dado por una tasa bruta de mortalidad que oscila entre 5 y 5.3x1.000 hab./año, una tasa bruta de natalidad de 30x1.000 en el último año y con alto grado de migración urbana interna y rural-urbana que aún no se ha cuantificado.

Las condiciones socio-económicas actuales podrían definirse en promedio como clase baja, dadas las siguientes condiciones¹⁰:

- Ingreso familiar mensual menor o igual a un sueldo mínimo en un 81%.
- Analfabetismo o primaria incompleta en cerca de un 40% de la población.
- Desempleo en un 7.4% y en aumento progresivo.
- Ausencia de servicios públicos tales como agua potable intradomiciliaria, alcantarillado, recolección de basuras y transporte local.
- Educación y atención en salud insuficientes.
- Ausencia de espacios recreativos.
- Vivienda en un 40% construidas con materiales de deshecho, con un índice de hacinamiento promedio de 3.4 personas por habitación.
- Morbilidad general atendida con las cinco primeras causas ocupadas por enfermedades infecciosas, parasitarias, carenciales y violentas¹¹.

Históricamente es una comunidad de 27 años de asentamiento, producto de una venta no planificada ni controlada por el estado, por parte de un único propietario, quien heredó el terreno para explotación arenera pero no contaba con los recursos suficientes para realizarla; optó por ofrecer lotes de magnitud apreciable, sin servicios, ni vía de acceso a la población campesina que, huyendo de la violencia en algunos pueblos del altiplano Cundiboyacense y Santander, hicieron parte de la gran masa de población que inició la migración rural-urbana en los años Sesenta y que aún no se detiene, en virtud de la pauperización y proletarización progresiva del campo y la inseguridad, hoy en día de carácter muy diverso.

Estas primeras familias asumieron su propiedad como una gran oportunidad, puesto que, aunque presentaba las dificultades geográficas y físicas del campo, ofrecía mayor cercanía a los centros de trabajo, educación y salud de la ciudad. Sin embargo, la posibilidad de competir en el mercado laboral urbano era mínima por su bajo nivel de capacitación, así que en un comienzo la ocupación básica masculina fue construcción y para las mujeres, el servicio doméstico. Esta situación laboral no ha cambiado mucho pero se ha hecho más variada, incluyendo ahora celaduría, venta ambulante, jardinería, trans-

porte para los hombres, y, floricultura, venta ambulante y textilería para las mujeres, basados en un proceso de adaptación a la ciudad y niveles más altos de educación logrados por sus hijos.

Desde un primer momento se dio un proceso de organización social generado a partir del enfrentamiento al ambiente físico que fue apoyado desde un comienzo por agentes externos, especialmente sacerdotes miembros de la Comunidad Salesiana vecina y otros profesionales, coordinados por el padre Bernardo Hoyos. Este proceso ha logrado varios servicios y recursos para la población, tales como:

- Construcción de una vía de acceso carretable.
- Construcción de un tanque represa de fuente natural de agua para el abastecimiento parcial de algunas viviendas por tubería interna, aunque sin tratamiento adecuado y cada vez más insuficiente.
- Dotación de energía eléctrica por la Empresa correspondiente, para el 97% de las viviendas incluyendo el mecanismo de subutilización.
- Construcción de un salón comunal.
- Construcción de una Escuela para educación primaria, actualmente con dotación y suministros de la Secretaría de Educación del Distrito, con capacidad para 600 niños en las dos jornadas.
- Organización de un pequeño puesto de salud a través del comité de salud, en el cual presta atención médica y odontológica la Escuela Colombiana de Medicina.
- Constitución de un comité para la obtención de combustible para cocina.
- Constitución de un comité de transporte para el desplazamiento interno en jeeps.
- Dotación de agua potable y alcantarillado por la empresa correspondiente, actualmente en construcción.

La figura organizativa central, legalizada desde los primeros años de la década del 70, es la junta de acción comunal, constituida a partir de las gestiones gubernamentales del período liberal del presidente Carlos Lleras Restrepo; sin embargo han existido otros grupos comunitarios en el barrio con asesoría de agentes externos y con logros específicos apreciables.

Entre ellos permanecen en la actualidad el "Grupo Prodefensa de los Derechos del Niño", constituido por padres de los 6 barrios aledaños, el cual ha implementado guarderías infantiles manejadas por madres voluntarias con el apoyo económico del Bienestar Familiar, durante los últimos 6 años; el "Grupo Almadena" constituido por jóvenes, hijos de antiguos pobladores, que realizan un trabajo permanente de divulgación de información y promoción de la organización comunitaria a través de un periódico mural llamado

“El Fisgón”; un tercer grupo, dependiente de la junta de acción comunal es el de líderes de manzana en salud y desarrollo comunitario organizado desde hace 3 años dentro del programa de atención primaria de la Escuela Colombiana de Medicina.

A partir de la dinámica histórico-social del barrio, se han constituido diversos grupos sociales que mal podrían llamarse comunidades y son el resultado de las diversas formas de asentamiento y crecimiento de las familias en los últimos 15 años. Podrían diferenciarse por lo menos tres:

1. Los primeros pobladores o “Antiguos habitantes”, grupo constituido por las primeras familias jóvenes campesinas, con más de 15 años de asentamiento, quienes traían y aún conservan gran cantidad de elementos socio-culturales de la zona de procedencia rural, han participado del proceso de organización, tienen por lo tanto una identidad históricamente construida en el barrio, comparten un sentido de pertenencia común y continúan participando de las formas habituales de organización a través de la junta de acción comunal; y la asamblea general. Al cuantificarlos podría hablarse de un 30% de jefes de familia.
2. Los jóvenes nacidos en el barrio, que corresponde a un gran número de adolescentes y jóvenes que se distribuyen en tres subgrupos más: en primer lugar, aquellos que adquieren cierto nivel de educación que les permite asumir por sí solos la constitución de nuevas familias en otros barrios de Bogotá, con mejores condiciones de vida; un segundo subgrupo, representado por aquellos que se han ido en busca de una situación mejor pero han vuelto con su pareja y sus hijos buscando la estabilidad de sus padres por la dificultad de mantenerse independientes; y en el tercer subgrupo, se encuentran los jóvenes que comparten con sus padres el sentido de pertenencia y se vinculan a grupos comunitarios específicos para trabajo voluntario que mejore las condiciones de vida del barrio. Al parecer, este último es el minoritario dentro del grupo de jóvenes habitantes. Se constituyen así, las grandes familias extensas.
3. Los nuevos pobladores, entre los cuales podrían darse por lo menos dos subgrupos: De un lado, los nuevos propietarios, quienes encuentran una serie de servicios y recursos construidos por el primer grupo, pero no lo perciben así, ni comparten el sentido de pertenencia, no tienen conciencia histórica del grupo social en que viven y su actitud es más defensiva, tratando de lograr beneficios individuales o escasamente familiares, generando pugna y cierto malestar en sus vecinos, o simplemente, incomunicación; un segundo subgrupo está constituido por la población flotante urbana, habitualmente de parejas jóvenes o madres solteras y separadas en pésimas condiciones económicas, que ocupan alcobas dejadas por los hijos ausentes de viejos pobladores, generando así diversas formas de

inquilinato, sin vivienda estable y, obviamente, con mínima participación dentro del grupo.

Como puede observarse, no se trata de una "Comunidad" en el sentido de grupo humano cohesionado por intereses comunes, a excepción del grupo de antigua población, sino de un grupo social que comparte una realidad geográfica, económica, de condiciones de vida y puntos de cohesión muy diversos que lo hacen heterogéneo y a su vez, muy específico; podría decirse que la constitución de los grupos descritos no es más que una abstracción y que lo que existe es un gran ovillo de relaciones sociales multiformes que afectan de una u otra forma el tipo de representaciones que cada individuo tiene acerca de su entorno y sus problemas cotidianos. Es precisamente en esta realidad diversa en la que trataré de mostrar los conceptos de salud y enfermedad en los niños, que manejan sus habitantes, puesto que determina el tipo de enfrentamiento a tales problemas y entran en relación directa con el trabajo del profesional de la salud.

III. ALGUNOS PROBLEMAS CONCEPTUALES PREVIOS

Antes de presentar la descripción de los hallazgos, es importante traer aquí las dificultades teóricas que se presentaron durante el transcurso de la investigación, que constituyen el marco de referencia básico y que aparecen frecuentemente en mi práctica médica diaria, ocasionando un cuestionamiento de la mirada del profesional de la salud en general. Podrían puntualizarse así:

1. Ya se ha mencionado en el planteamiento anterior, pero vale la pena verlo con más detenimiento: es el concepto de comunidad. En la historia de las ciencias y específicamente del concepto de comunidad, se puede observar un proceso de franca oposición entre dos tendencias fundamentales planteadas desde el siglo pasado y abiertas por Rousseau, durante la ilustración francesa; de un lado podrían ubicarse los planteamientos de los principales pensadores del romanticismo alemán, como Herder y Schleiermacher, quienes definían la comunidad como la "agrupación humana básica y primordial, caracterizada por la utilización de una lengua común como fundamento y una actividad política unitaria"¹²; Ferdinand Tönnies, también en el contexto alemán de final de siglo, dio a este concepto una connotación sociológica diferenciando la *Gemeinschaft* (Comunidad) de la *Gesellschaft* (Sociedad), planteando que la primera sería una asociación natural que se fundamenta en vínculos afectivos, mientras que la sociedad se manifiesta como una reunión mecánica, basada en motivaciones racionales, con leyes concebidas a partir del cálculo de intereses específicos y, ejemplifica la vida comunitaria en los grupos obreros, campesinos y a la familia nuclear como su modelo más claro. Oponiéndose a esta visión, aparece también en el siglo XIX la concepción

positivista generada por August Comte quien presenta la sociedad como un conjunto de individuos que interactúan a partir de normas cada vez más complejas, de la misma manera que los seres biológicos se organizan de formas simples a formas más estructuradas: por lo tanto, puede recurrirse a la cuantificación y descripción objetiva de las sociedades, encontrando las leyes que las determinan¹³. Es esta última concepción la que fundamenta la mayoría de las investigaciones sociológicas y antropológicas cuando se piensa en cultura y comunidad, pero en el trabajo concreto de contacto con un grupo social específico, probablemente la historia sirva como punto de cohesión para entender las particularidades del grupo en cuestión, e igualmente, sus elementos culturales. Obviamente, este problema requiere mayor discusión. Pero valdría la pena reconsiderar los planteamientos alemanes en el rescate de la especificidad histórica de los grupos humanos¹⁴, según el planteamiento del Sociólogo Néstor Miranda, especialmente, frente al abordaje de la realidad mal llamada urbana-marginal.

2. Con la última frase, aparece el segundo problema conceptual: La marginalidad. Este término frecuentemente empleado, no responde a una manera de juzgar y enunciar una realidad nuestra ¿como si fuera ajena o anormal?; dice Carlos Zorro Sánchez: "La 'ruralización' de la ciudad, la 'marginalidad' de vastos grupos de población, su tinte 'tradicional', su carácter 'no capitalista', su 'informalidad', surgieron entonces como eufemismos para designar aquellos fenómenos o calificar aquellos grupos que no correspondían a la imagen de la ciudad capitalista por excelencia pero que se esperaba y se sigue esperando fueran poco a poco asimilándose a ésta"¹⁵. La connotación del adjetivo "marginal" ¿no muestra acaso una visión peyorativa de una realidad que sigue aún en el plano de lo desconocido?; en este sentido, el trabajo antropológico aún no ofrece suficientes alternativas. Probablemente debamos primero romper con la estructura conceptual importada de la dualidad desarrollo-subdesarrollo, que tanto incide en las políticas en salud de nuestros países, como lo plantea Vicente Navarro¹⁶. Seguramente, la revisión histórica del proceso de migración rural-urbana, del tipo de relaciones construidas dentro de los asentamientos así producidos y de su manera de relación con la ciudad en cada grupo concreto, nos de elementos de juicio para comprender esta realidad sociocultural.
3. Otra barrera conceptual importante para el contacto del médico con los problemas culturales consiste en su convicción de que la medicina es una ciencia, con un objeto de estudio, que es la enfermedad y con un método científico, que para algunos es el clínico y para otros el epidemiológico, concepción basada en el biologismo positivista que recae sobre el problema de salud y la enfermedad¹⁷⁻¹⁹. Sin embargo, la necesidad cada vez mayor de concebir al hombre como un ser biopsicosocial, exige la partici-

pación plena de las ciencias sociales, tanto en la formación como en el trabajo médico y, requiere la ubicación de la medicina como una práctica social, como diría Emilio Quevedo, "un quehacer socialmente determinante y socialmente demandado que enfrenta la enfermedad con sus consecuencias sociales obvias"²⁰; esto implica, la elaboración conceptual de una nueva semiología en la cual se de verdadera cabida a lo antropológico, lo sociológico, lo psicológico, etc., desde la mirada biopsicosocial²¹.

4. Es necesario abordar la concepción de sistemas médicos aislados y bien diferenciados, es decir, medicina popular, medicina tradicional, medicina indígena y medicina folclórica. En varios trabajos se ha mostrado la relación de estos llamados sistemas médicos, con las concepciones hipocrático-galénicas del medioevo y el renacimiento e incluso, del siglo XVIII español²²⁻²⁴; de otra parte, el estudio de la historia de la medicina nos muestra la progresiva ruptura con este modelo de representación de la salud y la enfermedad, que realizó la medicina occidental durante todo el siglo XIX, en virtud de su apoyo cada vez mayor en los conocimientos generados al interior de las ciencias, en el espacio de la clínica médica hospitalaria por un lado, y del laboratorio, por otro; este proceso convirtió a la medicina en práctica científica, es decir, basada en las ciencias²⁵⁻²⁶ y la alejó cada vez más de la concepción común o popular, en el sentido más amplio. De esta forma podría hablarse de prácticas médicas no científicas, como lo proponen las antropólogas Deyanira de Ríos y Consuelo Mariño²⁷, y que permitiría entender con mayor claridad las profundas relaciones, simbiosis y convivencias de todas estas concepciones incluyendo la científica, especialmente cuando se construyen en el espacio de un barrio producto de la interacción de distintas vertientes culturales rurales y urbanas. En este sentido, sigue siendo la historia un buen recurso para entender en cada realidad, cómo se suceden tales interacciones.

IV. PROBLEMAS METODOLOGICOS:

Inicialmente, bajo la concepción de la Antropóloga Deborah Bender y su necesidad de construir un léxico, se elaboró un instrumento para la recolección de información de la manera más organizada posible y de fácil aplicación; esta fue una encuesta con dos formas especiales: encuesta tipo A, que se aplicaba a mujeres de diferentes edades, en su casa y recogía datos de identificación, procedencia, estructura familiar y aspectos socioeconómicos en una primera parte; luego se dedicaba a indagar sobre enfermedades de los niños menores de 5 años conocidas por la persona, y que el médico habitualmente desconoce, recogiendo la descripción de los síntomas, la causalidad, la terapéutica y la prevención de cada una; posteriormente se abordaba un caso concreto vivido en la familia recientemente para observar el proceso de en-

frentamiento al problema y culminaba con la descripción general de la vivienda y sus servicios.

La encuesta tipo B, se realizó a las madres que acudían a la consulta del Centro de Salud Comunitario, observando la concepción de la madre en el momento de ingresar a la consulta, su manera de describir los síntomas que constituían una enfermedad específica, la causalidad, su tratamiento, persona a quien consulta antes de acudir al médico y si éste reconocía o no la enfermedad que tenía el niño; después de la consulta se registraron los diagnósticos médicos finales.

Con estos instrumentos se pretendía conocer la manera como las madres aprendieron estas concepciones, entender la estructura interna de cada una y contrastarla con la concepción, médica científica de la enfermedad. En el momento de diseñar las encuestas se observó que realmente debían ser aplicadas como entrevistas dirigidas, con el fin de obtener el máximo de información debido a la imposibilidad de manejar este tipo de problemas con preguntas cerradas.

Durante el tiempo de recolección de la información se observó que el problema era mucho más complejo que el entender cada término en forma aislada y tratar de traducirlo al lenguaje médico; el trabajo mismo en la medida en que fue mostrando la estructura conceptual, la relación con la historia personal o familiar, su intrincada conexión con los demás elementos conocidos de la Historia del Grupo Social y la inmersión del individuo en ella, por un lado, y el conocimiento de los pobladores por otras vías, incluyendo los recursos de la intuición, de la convivencia y del trabajo médico cotidiano, por el otro, generó toda una amalgama de preguntas con su correspondiente búsqueda de soluciones ineludibles que culminaron en una manera diferente de ver la información recolectada, es decir, otra forma de interpretación de los resultados que veremos a continuación.

Una vez más se observó la incapacidad de definir a priori la metodología y el marco interpretativo sin contar con las características propias del problema, cuando en realidad se trata de un proceso dialéctico en el que el conocimiento mismo de la problemática va definiendo los instrumentos y recursos metodológicos a desarrollar.

V. ACERCA DE LOS RESULTADOS:

Se entrevistaron 75 mujeres entre los 17 y 56 años de edad, con un promedio de 29 años. El 75% eran procedentes de comunidades rurales del altiplano cundiboyacense, la mayoría, y de otras regiones como Santander, Tolima y Llanos Orientales; el 25% restante procedía de otro barrio de Bogotá, representando así los diferentes grupos descritos anteriormente. Estos

datos iniciales nos permitían observar una primera situación: es mayor el uso de las prácticas médicas no científicas en las mujeres de mayor edad y su procedencia determina en gran medida el tipo de conceptos que maneja; cuando las madres jóvenes pertenecen a familias extensas, con la presencia de abuela o bisabuela, su arraigo también es muy importante; al correlacionar estos hechos con la manera de enfrentar el problema de la enfermedad, aparece el recurso del farmacéuta y el médico con mayor frecuencia en las mujeres jóvenes, o en las madres mayores con amplia permanencia en el barrio y gran conocimiento de los recursos existentes lo que hace pensar que el conocimiento de los distintos recursos y agentes de salud también incide en la manera de optar por uno o por varios de ellos. Es frecuente encontrar ante una enfermedad la utilización de remedios caseros, uso de medicamentos recomendados por el farmacéuta, participación de la sobandera y consulta médica, todos con concepciones suficientemente claras y justificables.

Se encontraron descripciones de cerca de 50 enfermedades de los niños pero abordaremos sólo las más frecuentes y representativas, que permitan encontrar las relaciones y sobre las cuales se profundizó suficientemente:

1. ENFERMEDADES DE LOS BRONQUIOS Y LOS PULMONES:

En este grupo de enfermedades existe una triada que, aunque tiene síntomas independientes, constituyen una misma enfermedad: esta es la Bronquitis, la Broncomonía y la Neumonía. Los síntomas de la Bronquitis consisten en moquiadera que comienza como una gripa, tos, hervidera de pecho, fiebre, decaimiento y el niño siente que comienza a apretársele el pecho, especialmente por la noche; es una enfermedad crónica o recurrente causada por el frío que penetra los bronquios, como una realidad material, cuando el niño está acalorado o muy débil, dentro de la concepción de los contrarios como clave etiológica y estequiológica. Las flemas o moco producido y acumulado en los bronquios es el resultado de la humedad causada por la presencia del frío en ellos.

El tratamiento es variado y recurre a múltiples elementos: remedios caseros para la tos, preparados con base en zumo de hierbas tales como el Abrojo, Etilo, Papayuela, Mora, Pino, Eucalipto, Miel y Limón en ocasiones mezcladas hasta producir una especie de jarabe; terapéutica de intervención, que consiste en aplicar papel periódico picado con aguja en la espalda del niño, cubriéndola con aceite o manteca animal y un trapo rojo, con el fin de producir calor en dirección anteroposterior para sacar el frío y evaporar la humedad; además es necesario consultar al médico o al farmacéuta para obtener un jarabe para la tos y un medicamento para la fiebre; también se usan medicamentos de venta libre y gran propaganda como el vick Vaporub, el Silencium Vick y otros; algunas madres emplean las vaporizaciones la mayoría con Eucalipto o Pino para generar la sensación de "descongestión" del Mentol.

El término es tomado precisamente del lenguaje médico en su proceso de medicalización del entorno social²⁸.

La Broncomonía y la Neumonía son el resultado de la progresiva oclusión en los Bronquios por las flemas producidas, ocasionando una obstrucción de la entrada del aire a los pulmones, de tal forma que la Broncomonía es el momento intermedio y la Neumonía el estado de máxima gravedad, con inminencia de muerte. Estos dos estados los debe manejar el médico en el Hospital, lo cual no difiere mucho de los niveles de gravedad y atención de la Infección Respiratoria Aguda, pero si de su concepción de base. Estos términos también son obtenidos por las madres, del lenguaje médico que se ha socializado. La prevención consiste en evitar el contacto del niño con ambientes muy fríos. Como puede verse en este ejemplo, no se trata de un sistema cerrado, sino de una concepción construida históricamente con recursos del pensamiento lógico-concreto elementos de la tradición oral campesina y urbana, la interacción con el mercado farmacéutico, la relación con el médico y sus diversas instituciones y en el espacio urbano, donde todos ellos están presentes en áreas relativamente pequeñas.

2. ENFERMEDADES DEL ESTOMAGO O DE LA DIGESTION EN LOS NIÑOS:

En este grupo se encuentran dos enfermedades bien definidas y características: estas son el Descuaje y el Rebote de lombrices.

El niño descujado tiene como síntoma principal las deposiciones líquidas y fétidas (soltura o diarrea), pero además no come y lo que come le "sigue derecho", se le hunden los ojos, se pone pálido, le duele el estómago y se le pone aventado y a veces le da con fiebre y vómito. Para los principales agentes de salud, las sobanderas en este caso, el síntoma vómito puede marcar el diagnóstico preferencial entre desbuchado o despaletillado y descujado.

Obsérvese que no es simplemente el sinónimo de diarrea, en la medida en que éste es sólo un síntoma de la enfermedad, aunque sea el principal. La causalidad del descuaje se basa en una concepción anatómica y fisiológica del tracto digestivo, muy similar a la representación que se tiene en estos órganos en la vaca, el cerdo y la gallina; es decir, el hombre como la vaca tiene un órgano llamado cuajo, similar a uno de sus estómagos, que se encarga de realizar gran parte de la digestión de los alimentos, así como el cuajo de la leche se relaciona con el proceso de fermentación. El Buche es anterior al cuajo y cumple las funciones de la molleja de la gallina; por esto se asocia más al vómito. El cuajo se encuentra en la parte más alta del estómago o abdomen, pero cuando un niño se cae en posición sentada, o simplemente sufre un golpe cualquiera, el cuajo puede desprenderse y caerse en una de las fosas ilíacas; incluso algunas sobanderas miden las piernas; si una de ellas está ligeramente

más larga, en ese lado se encuentra el cuajo. Ante este tipo de evidencias, la madre debe llevar al niño a la sobandera, puesto que el médico desconoce totalmente la enfermedad. La sobandera realiza el diagnóstico con un interrogatorio y un examen físico que incluye además la palpación del abdomen, lo cual produce una sensación y un sonido propios del descuaje, al sobarlo superficialmente. Posteriormente realiza la terapéutica que consiste en cambiar la posición al niño, realizar una sobada o palpación profunda con una manteca animal para calentar, siempre de abajo hacia arriba con el fin de reubicar el cuajo en su sitio anatómico correspondiente. Luego debe aplicar una faja a nivel de la mitad inferior del abdomen para sostenerlo y para disminuir la severidad del problema. La sobandera, porque el sobandero se encarga de las alteraciones de los huesos, valora también la gravedad de la descuajadura en la primera consulta y decide cuántas sobadas interdiarias recibirá el niño.

De otra parte, la madre utiliza con mucha frecuencia el agua de arroz tostado, el suero casero, la sales de rehidratación oral y sueros formulados por el farmacéuta o el médico, gaseosas, caldos y jugos en la conciencia de reponer los líquidos perdidos, sin dar alimentos irritantes que puedan aumentar la diarrea, por lo cual se realiza inmediatamente dieta restringida.

Si el niño no mejora, probablemente se trata de "algo que le cayó mal y lo intoxicó", por lo cual se acude al farmacéuta o al médico en busca de algún medicamento para detener la diarrea; si persiste lo más probable es que sea una infección entendida como la presencia de animales o bichos raros en el estómago, como las amibas, y esto requiere siempre una medicación formulada por el médico o recomendada por el farmacéuta.

La prevención del descuaje consiste, obviamente, en evitar al máximo las caídas o y golpes. Se observa entonces una permanente utilización del sentido común, del pensamiento lógico-concreto y, no una jerarquización de conocimientos sino una búsqueda de diferentes recursos a partir de concepciones específicas; así pues las opciones interactúan sin cesar y no podría hablarse de un sistema médico cerrado, tal como lo plantean Foster y otros en sus descripciones del Sistema Humoral en gran cantidad de países del tercer mundo²⁹.

Es necesario resaltar la importancia del tipo de representación corporal como parte del concepto salud-enfermedad, del mismo modo, en que nos es clarificada, por Freud la presencia de la alteración de la concepción o idea que sobre su cuerpo tiene cada individuo, en las enfermedades mentales³⁰.

El Rebote de lombrices es importante puesto que es considerado de gravedad; consiste en vómito severo, náuseas, palidez, inapetencia, decaimiento, dolor de estómago sin diarrea. Las madres asumen que se trata de las mani-

festaciones del movimiento enloquecido de las lombrices y que puede producir la obstrucción del paso del aire y matar al niño. En este momento, no deben administrarse antiparasitarios y es necesario "apacuar" o tranquilizar las lombrices con el olor penetrante de un collar de ajos que se le coloca al niño o con tragos de aguardiente con ajos. Por esta razón no debe acudir al médico o al farmacéuta, quienes formulan los antiparasitarios sin tener en cuenta esta enfermedad; en este sentido es también un ejemplo de opciones basadas en concepciones específicas. Para el Rebote de lombrices como tal no se describen medidas preventivas especiales.

3. ENFERMEDADES QUE COMPROMETEN EL ESTADO GENERAL DEL NIÑO:

En este grupo se encuentra una de las enfermedades más importantes, y estructuradas: el "Yelado del difunto" o "tocado de difunto". Esta enfermedad compromete todo el estado general del recién nacido y el lactante menor produciendo adelgazamiento progresivo, vómito y diarrea recurrentes o crónicas, "no le alimenta lo que come" o no come, no crece, parece desnutrido y la piel le permanece "penetrada de frío", también como una realidad física. La causalidad se ubica en el período de embarazo, en el momento en que la madre embarazada se acerca a un cadáver o difunto en velación o durante el entierro; unánimemente, las mujeres consideran que el frío del muerto penetra a través de los poros de la piel del abdomen de la embarazada, e invade el cuerpo del feto, el cual, por su debilidad no puede defenderse por sí solo de este frío poderoso. El niño nace, pues, con el frío penetrado en todo su cuerpo y éste no le permite alimentarse y crecer normalmente. El tratamiento consiste, con base en lo anterior, en proporcionar al niño gran cantidad de calor que desaloje el frío de su cuerpo, a través de preparados cálidos con hierbas como "las siete hierbas" o la mata de tinto, bañarlo diariamente hasta que presente mejoría; también se realizan baños con caldo de pata de res, que proporciona fuerza y destierra la debilidad; otras señoras hablaron de envolver al niño en una sábana blanca, desnudo y dejarlo durante unos minutos entre las vísceras de una vaca recién muerta, para transmitir su calor al niño y desterrar el frío.

La prevención consiste en evitar el contacto de la mujer embarazada con este tipo de situaciones y las madres de mayor edad no permiten la entrada de la mujer en riesgo a la velación. Esta enfermedad permite observar la plena participación de la visión cosmológica y etiológica de los contrarios, similar a la teoría hipocrático-galénica de los siglos XVI al XVIII y de mucho arraigo en el altiplano cundiboyacense³¹⁻³⁴.

4. ENFERMEDAD DE LA PIEL:

Dentro de las enfermedades cutáneas aparece una forma particular del

“mal de ojo” que consiste en la aparición de “granos” o lesiones populares, costrosas, con secreción seropurulenta abundante, diseminadas en todo el cuero cabelludo de los niños lactantes. Ocurre en forma lenta y progresiva y como consecuencia de la “mirada penetrante” y fuerte que tienen algunas personas, sin saberlo, especialmente aquellas con ojos claros, azules o verdes.

Esta característica se describe como un poder maléfico sobrenatural.

El tratamiento consiste en realizar baños con agua de “mata de tinto” y otras hierbas, o con caldo de tuste o cabeza de vaca y en ocasiones, requiere la participación de un rezandero y yerbatero que realice un rezo especial para erradicar el “maleficio”.

Esta enfermedad muestra la presencia de elementos del pensamiento mágico con la manifestación de ciertas fuerzas poderosas sobrenaturales que pueden invadir el cuerpo o ciertos órganos. Aparece la figura del rezandero y el rezo como elemento terapéutico; también aparece el amuleto, que consiste en una pulsera con figuras pequeñas de colores especialmente rojo y negro, con la figura de una mano empuñada como signo de fortaleza y resistencia. De esta forma la madre considera que esta enfermedad, su tratamiento y profilaxis es totalmente desconocida por el médico, por lo cual no lo consulta a menos que todo haya fallado y sospeche que no se trata de un mal de ojo.

Podrían describirse muchas enfermedades más, pero tal vez las anteriores representan de una manera clara las diversas concepciones encontradas en el grupo social de Cerro Norte.

VI. A MANERA DE CONCLUSIONES:

La descripción de las concepciones acerca de las enfermedades más frecuentes en el niño, presentes en las mujeres del grupo social del barrio Cerro Norte, permitiría sugerir como conclusiones los siguientes elementos:

1. Se trata de una realidad cultural compuesta por una permanente interacción de diferentes concepciones con raíces históricas propias y amalgamadas en un proceso de asentamiento, resultado de la migración rural-urbana y su interacción con la ciudad.
2. Esta realidad urbana periférica, resultado de la migración, ofrece relaciones específicas con una geografía concreta, un mercado laboral nuevo, instituciones y servicios diversos, normas extrañas en un espacio de convivencia distinto, recursos educativos y de salud diferentes³⁵⁻³⁷, todo lo cual ha de influir en la manera de concebir y construir representaciones múltiples acerca de los problemas del proceso de salud-enfermedad, tal como lo presenta Foucault desde la historia de las ciencias³⁸.

3. El conocimiento de esta problemática requiere una mayor profundización a partir de la investigación puntual e interdisciplinaria.
4. Es necesario profundizar en el tipo de participación de las ciencias sociales en la comprensión del proceso salud-enfermedad, incluyendo en estas ciencias la etnología, el psicoanálisis, la lingüística, con la historia como punto de cohesión y en investigaciones concretas³⁹⁻⁴⁰. El sentido del trabajo antropológico en los problemas de la salud deberá entonces participar de este proceso, además de lo propuesto hasta el momento⁴⁰⁻⁴².
5. Las metodologías adecuadas al problema de estudio y los recursos interpretativos amplios, proporcionados por las ciencias sociales, permitirían de alguna forma rebasar el análisis puramente estadístico y cuantitativo, que constituye una camisa de fuerza para las investigaciones en salud.
6. La comprensión de esta realidad cultural por parte del médico probablemente abre canales de comunicación real con el individuo y la comunidad y genera un cambio de actitud tanto en el momento diagnóstico como en su trabajo terapéutico y educativo con el grupo social en el cual se desenvuelve. Esto implica la presencia del otro, pensado como individuo, familia y grupo social, en el enfrentamiento de la problemática salud-enfermedad, asumiendo de una manera consciente, el proceso de cambio necesario: es decir, que la comunicación produzca el enriquecimiento mutuo de quienes participan en ella comenzando por la relación médico-paciente.

REFERENCIAS

1. MARINO, Consuelo; DE RIOS, Deyanira. *Caracterización de una Práctica Médica no Científica: La Medicina Popular*. Ponencia Presentada al 45 Congreso Internacional de Americanistas, Bogotá, junio, 1985. (Fotocopia).
2. BENDER, Deborah. *Documentation of Lay Lexicon used in Describing and Treating Symptoms of Illness in an urban barrio of Bogotá, Colombia*. Jan, 1987. (Fotocopia).
3. BROWNER, Carole. *Couvade in the City: Evidence for male pregnancy in Cali Colombia*. Cincinnati, 78 th Annual Meeting of the American Anthropological Association 1979.
4. CALLE RESTREPO, Horacio. *Conferencias de Antropología Social, Medicina Científica y Medicina Folclórica*. Cali, Universidad del Valle, Facultad de Medicina, 1959.
5. GOMEZ AGUIRRE, Aldemar. *Creencias y Prácticas populares acerca de la Menstruación, Gestación, Parto y Recién Nacido en el barrio Siloe de Cali*. Manizales, Universidad de Caldas; Tesis de Grado, Facultad de Medicina, Imprenta PES 1960.
6. MONJE, Carlos; SALAZAR, María. *La práctica de la Medicina Tradicional en Niveles Socioeconómicos Bajos en Areas Urbanas del Depto. del Huila*. Neiva, Universidad del Sur Colombiana, Centro de Estudios Sur-Colombianos 1980.

- 7 PRESS, Irwin. *Urban Illness: Physicians Curers and Dual use in Bogotá*. Journal of Health and Social Behavior, 10:3 (210-18) 1969.
- 3-7 Cit. en: HERRERA, Xochitl; LOBO-GUERRERO, Miguel. *Antropología Médica y Medicina Tradicional en Colombia*. Temario Guía y Bibliografía anotada. Centro Cultural Jorge Eliécer Gaitán, Bogotá, 1982.
- 8 ELLINS, R.H. *Relations Between Traditional and Modern Medical Systems*. *Social Sciences and Medicine*. 15A; 87-88, 1981.
- 9 GARRISON, V. Doctor, *Espiritist or Psychiatrist? Health-Seeking Behavior in a Puerto Rican Neighborhood of New York City*. *Medical Anthropology*, 1:2 (65-191); 1979.
- 10 Para mayor especificación de los indicadores generales descritos, pueden consultarle los Informes de "Actividades del Centro Comunitario Cerro Norte", (1985-1988) los resultados del "Estudio de Líderes de Manzana en Salud", (1985) Miembros del Comité de Salud del barrio "Cerro Norte"; y el "Estudio Socioeconómico del barrio "Cerro Norte", realizado por estudiantes de II Nivel de Práctica de la Facultad de Trabajo Social del Colegio Mayor de Cundinamarca, bajo la dirección de la profesora Ligia de López. (1986).
- 11 HERNANDEZ, Mario. "Informe de Actividades Docente-Asistenciales del Centro de Salud Comunitario "Cerro Norte". Bogotá. Marzo 1985 - Agosto 1988 (Documentos Inéditos).
- 12 MIRANDA, Néstor. *Historia del Concepto de Comunidad*. Conferencia dictada en el Primer Curso de Atención Primaria en Salud de la Escuela Colombiana de Medicina, Marzo 7-18 de 1988. (Fotocopias).
- 13 COMTE, August. *Curso de Filosofía Positiva*, Cit. en Discurso sobre el Espíritu Positivo. Alianza Ed. Madrid, 1979.
- 14 MIRANDA, Néstor. *Op. cit.*
- 15 ZORRO SANCHEZ, Carlos. *Ciudad "Formal" y ciudad "Informal"*. Anotaciones sobre una falsa dicotomía. Texto y Contexto. Universidad de los Andes, Bogotá, No. 3. Sept.-Dic. 1984.
- 16 NAVARRO, Vicente. (Comp.) *Salud e Imperialismo. Siglo XXI* Ed. México, 1983 p.p. 9-15. (16a.). Al respecto véase también, Amin, Samir. *El Desarrollo Desigual. Ensayo sobre las formaciones sociales del Capitalismo Periférico*. Ed. Fontanella, Barcelona, 1978.
- 17 QUEVEDO, Emilio. *La Ciencia y la Medicina Positiva*, en *Historia de Colombia* Salvat, Barcelona, Bogotá, 1987.. p.p. 1399-1411.
- 18 CLAUVREL, Jean. *El Orden Médico*. Ed. Argot. Barcelona 1983.
- 19 QUEVEDO, Emilio. *El Papel de la Historia de las Ciencias en la Integración Curricular de la Escuela Colombiana de Medicina*. Quipu. Revista Latinoamericana de Historia de las Ciencias y la Tecnología. México 1:2 (223-243) 1984.
- 20 QUEVEDO, Emilio; VERGARA, Andrea. *El Proceso de Institucionalización de la Educación Médica en Colombia*. Revista E.C.M. Escuela Colombiana de Medicina. Bogotá. 1:1 (41-66) Enero-Junio 1988.

- 21 *Idem*, pág. 61.
- 22 Cayón, Edgardo. *Concepto de la "Medicina Popular" en Colombia prevalecientes en la "Medicina Científica" Europea de los Siglos XVI a XVIII*. Medellín, II Congreso Nacional de Antropología. 1980.
23. GUTIERREZ DE PINEDA, Virginia. *Causas Culturales de la Mortalidad Infantil*. Revista Colombiana de Antropología. Vol. 4 (11-83), Bogotá, 1955.
- 24 SORIANO LLERAS, Andrés. *La Medicina en el Nuevo Reino de Granada durante la Conquista y la Colonia*. Ed. Kelly, Bogotá, 1972.
- 25 LAIN ENTRALGO, Pedro. (Dir). *Historia Universal de la Medicina*. 8 Tomos, Salvat Ed., Barcelona, 1978.
- 26 MIRANDA CANAL, Néstor. *Apuntes para la Historia de la Medicina en Colombia. Ciencia, Tecnología y Desarrollo*. 8:1-4 (121-209) Enero-Diciembre 1984.
- 27 MARINO, Consuelo; DE RIOS, Deyanira. *Modelo Interdisciplinario para el Abordaje de las Distintas Prácticas Médicas no Científicas*. Ponencia lada en las Primeras Jornadas Hispano-Andinas de Historia de la Medicina, Quinto, 1984.
- 28 Para el Proceso de Medicalización, véase: Foucault, Michel. *El Nacimiento de la Clínica. Una Arqueología de la Mirada Médica*. 8a. Ed. Siglo XXI. Ed. México, 1981.
- 29 FOSTER, George. *The Concept of Neutral in Medical Humoral Systems*. Medical Atropology 3 Summer p.p. 180-191. 1984.
- 30 FREUD, Sigmund. *Escritos sobre la Histeria*. Alianza Edit. Madrid. 1974.
- 31 CHAVES, Alvaro; VILLA, Eugenia. *Anotaciones sobre la Salud de la Población Rural de Boyacá*. Universitas Humanística. 12:19. Enero-Junio 1983.
- 32 CAYON, Edgardo. *Op. Cit.*
- 33 AMAYA DE IBAÑEZ, Sara Lucía. *Medicina Popular Campesina, Vereda de Caños (Boyacá)*. Monografía, Bogotá, octubre 1985.
- 34 GUTIERREZ DE PINEDA, Virginia. *Salud, Prevención y Enfermedad en el País Rural Colombiano*. Revista Colombiana de Antropología, 7: (1-126) 1959.
- 35 Varios Autores: Ponencias Presentadas en el Foro Nacional sobre la Ciudad publicadas en la Revista Texto y Contexto Universidad de los Andes. No. 3 Sept.-Dic. 1984.
- 36 MARSOLIEs, Luise. *Rural Migration and Urbanization in Latin America*. Current Anthropology 1:6 March 1978. Pág. 130.
- 37 LEFEVRE, Henri. *La Revolución Urbana* 3a. Edic. Madrid, 1980.
- 38 FOUCAULT, Michel. *La Arqueología del Saber*. 11a. Edic. Siglo XXI. Ed. México, 1985.
- 39 FOUCAULT, Michel. *Las Palabras y las Cosas*. En Obras Maestran del Pensamiento Contemporáneo No. 21. Planeta-Agostini. Ed. Barcelona, 1985.

- 40 QUEVEDO, Emilio. *Op. cit.* p.p. 60-62.
- 41 REICHEL-DOLMATOFF, Gerardo. "*La Antropología y la Planificación Médica Moderna*"; en *Medicina y Desarrollo Social*, Bogotá, Ed. Tercer Mundo. p.p. 182-188. 1981-1982.
- 42 HERRERA, Xochitl; LOGO-GUERRERO, Miguel. *Antropología Médica en un Área Indígena de Colonización: Río Ele (Arauca)*. Ponencia presentada al Seminario "Antropología Médica y Medicina Tradicional", Bogotá, Instituto Colombiano de Antropología, sept. 5-9 de 1983.