

Congreso ISE XIII, Montpellier, mayo de 2012

*Mesa: “La investigación científica y el fortalecimiento de la medicina tradicional y la salud intercultural: Evaluando impactos y potencialidades en Latinoamérica”*

## Epidemiología sociocultural: referente operativo en el estudio de los saberes locales relacionados con la salud-enfermedad y la atención-desatención. Una experiencia aplicada en dos municipios de Oaxaca y Guerrero, México.

Hersch Martínez, Paul<sup>1</sup>

González Chévez, Lilián<sup>2</sup>

Sedano Díaz, Catalina<sup>1</sup>

*Proyecto Conacyt clave 101990*

### *Introducción*

Partiendo del tema general al que nos convoca esta mesa, que es el de la investigación científica y el fortalecimiento de la medicina tradicional y la salud intercultural, y la necesidad de evaluar sus impactos y potencialidades en América Latina, cabe recordar de inicio la relevancia de la diversidad biocultural como un elemento esencial en el campo de la salud y la atención de las enfermedades.

En ese sentido, es pertinente señalar que tanto los referentes operativos en salud pública, como los métodos de trabajo y los enfoques disciplinarios que ella demanda, han de adecuarse a la realidad biocultural diversa que impera en América Latina, la cual permea los panoramas epidemiológicos y también las diversas respuestas sociales generadas ante el fenómeno de la enfermedad.

Nos ocuparemos a continuación de un proceso de investigación actualmente en curso, llevado a cabo en dos municipios rurales de alta marginación en México: San Luis Acatlán, en Guerrero, mayoritariamente de población *Nuu Saavi* o mixteca, *Mbo me'phaa* o tlanepaca, y mestiza, y Santiago Tapextla, en Oaxaca, con población mayoritaria afrodescendiente.

A su vez, enmarcamos dicho proceso en la perspectiva y en las posibilidades de la epidemiología sociocultural como referente operativo, tanto en la descripción y análisis de los saberes y recursos locales de relevancia sanitaria, como en la aplicación de propuestas de intervención acotadas territorialmente.

### *Antropología y salud pública: articulaciones posibles*

Al partir de la perspectiva holística de la antropología considerada como elemento definitorio de la disciplina, y del cometido incluyente que suele atribuirse como definitorio para la salud pública, encontramos que el espacio o ámbito más específico de confluencia y de articulación de ambos campos es la epidemiología, que en principio articula el interés público sanitario y el universo de globalidad propio de la

---

<sup>1</sup> Programa Actores Sociales de la Flora Medicinal en México, Instituto Nacional de Antropología e Historia

<sup>2</sup> Departamento de Antropología, Universidad Autónoma del Estado de Morelos

complejidad de facetas inherente a las colectividades humanas. Sin embargo, la epidemiología, que implica etimológicamente una visión poblacional de conjunto (*epi-demos*), para ser coherente con su amplitud dimensional, ha de incorporar diversas lecturas, voces y alcances relativos al daño a la salud en su dimensión colectiva. De ello deriva, en síntesis, la necesidad de postular una epidemiología incluyente, crítica, sociocultural y a su vez política, que rebase y trascienda el biologicismo y cartesianismo dominantes en la medicina moderna.

Esta amplitud dimensional de la epidemiología no se resuelve, sin embargo, en el reconocimiento o en el énfasis colocado en la dinámica de “lo intercultural”, porque dicha dinámica forma parte de una realidad más compleja, donde operan otras tensiones y factores en estrecha vinculación permanente, dinámicas de relevancia sanitaria y de corte político, económico y ambiental, donde destacan, además de la diversidad étnica y cultural, las adscripciones diferenciales de clase, género y territorio a ella articuladas.

Partimos por tanto de considerar que desde diversos elementos provenientes del trabajo de campo es destacable la articulación entre la exclusión y la desigualdad, ilustrable mediante el referente de un enfoque epidemiológico que no reproduzca los silencios y las ausencias programados (Santos, 2005) propios de la medicina dominante. Tal enfoque, a su vez dialógico, implica iniciativas de intervención orientadas a la gestión participativa. En este marco, resulta de particular relevancia el énfasis en la dinámica de atención-desatención, desagregando el papel que en ella juegan los agentes, saberes (representaciones y prácticas) y recursos locales.

### *El espacio de trabajo*

Por lo que respecta a San Luis Acatlán, se trata, como ya se mencionó, de un municipio considerado de muy alta marginación ubicado en el estado de Guerrero, una de las tres entidades federativas con mayor marginalidad en el país, junto con Oaxaca y Chiapas (INEGI, 2010). San Luis Acatlán, ubicado en la región Costa Chica-Montaña, es un municipio de cerca de 43,000 habitantes, de carácter pluriétnico y multicultural, en el cual conviven poblaciones mixtecas, tlapanecas, mestizas y nahuas. El municipio de Santiago Tapextla, a su vez, es contrastante en términos fisiográficos y étnicos con el anterior, pero no en cuanto a su grado de marginación, también muy alto. Se encuentra ubicado en la costa del Pacífico del estado de Oaxaca y cuenta con cerca de 4,000 habitantes, mayoritariamente afrodescendientes. Santiago Tapextla es un municipio costero, pero no existen condiciones de infraestructura ni naturales que permitan el desarrollo de la pesca en embarcaciones.

Ambos espacios implican una antigua y persistente condición de marginalidad económica y política, y por tanto sanitaria, que propicia la expulsión de mano de obra, sea cíclica o definitiva, así como patrones mixtos de daño a la salud donde persisten enfermedades infecto-contagiosas coexistiendo con padecimientos crónicos. Se trata de territorios donde a su vez las culturas locales-endógenas siguen teniendo peso en la vida cotidiana de la población, pero donde también afloran tensiones actuales, resultantes de las presiones económicas y culturales provenientes del exterior, hoy agudizadas.

### *Necesidad de un planteamiento epidemiológico incluyente*

Los escenarios que estamos esbozando, en su complejidad múltiple, ejemplifican la necesidad de la epidemiología de ampliar su campo de visión para ser más eficaz. De hecho, no se trata de un desafío inédito, sino bastante clásico en la emergencia misma de la antropología médica, cuando tradicionalmente para la disciplina uno de sus temas y problemas emblemáticos ha sido desde su origen la discordancia o inadecuación entre los servicios médicos y las características específicas de las poblaciones. Este enfoque epidemiológico incluyente, hoy cada vez más necesario, con matices diversos pero en cierta base compartida, es denominado por algunos como *epidemiología sociocultural* (Bibeau, 1981), por otros como *etnoepidemiología* (De Almeida-Filho, 2000) y por otros más como *epidemiología crítica* (Breihl, 2003), y como *epidemiología social* (Krieger, 2001), habiendo más términos de uso similar. La epidemiología sociocultural constituye una derivación natural, a su vez, de los procesos y métodos dialógicos inherentes a cierta modalidad de educación sanitaria de corte participativo, y a ciertas propuestas concretas de intervención concertada.

A su vez, el planteamiento de una epidemiología sociocultural reconoce la diversidad de perspectivas existentes respecto a la dimensión colectiva de la enfermedad. Se trata en ese sentido de ampliar nuestro campo de visión y de captar la perspectiva de otros actores sociales que tienen, en función de su experiencia cotidiana, saberes respetables que remiten a la interpretación y manejo de las enfermedades, y donde mucho de ello, en un país multicultural y pluriétnico como México, corresponde a la perspectiva de los Pueblos Originarios. Y es que la *bioepidemiología* como epidemiología derivada de la biomedicina, no agota la interpretación y el conocimiento de los procesos salud-enfermedad y atención-desatención. Esto se hace evidente ante problemas de salud escasamente indagados y reconocidos, ejemplificables en el caso de ciertos grupos étnicos, como el de los jóvenes y adolescentes, cuyo perfil epidemiológico específico es poco indagado y reconocido. La epidemiología sociocultural ha de recoger las perspectivas de los *otros*, y de esos *otros* cuya alteridad resulta potenciada en la confluencia de factores, como el de ser joven e indígena, condiciones ambas de reconocida vulnerabilidad social.

**Figura 1. Respuesta de un joven de 16 años ante la pregunta ¿En qué situaciones me pongo nervioso o me asusto?, San Luis Acatlán, 2010.**

EL PRESENTE CUESTIONARIO ES CONFIDENCIAL, POR FAVOR TE PEDIMOS QUE CONTESTES CON LA VERDAD Y QUE PARTICIPES, ASI NOS AYUDARAS A REALIZAR ACTIVIDADES EN EL PLANTEL PARA TU BENEFICIO.

PLANTEL: Centro de Bachillerato AGO. COSTA 198

SEMESTRE: II

EDAD: 16 SEXO: masculino

CONVENIENCIA DE LOS DATOS

1.- ¿En qué situaciones me pongo nervioso o me asusto? ¿Por qué?  
Cuando veo a alguien que lo matan avoltes frente de mí

2.- ¿Qué tan responsable soy en mis actos?  
de que llega puntual a clase

3.- ¿Qué tan frecuentemente te pones triste y cómo solucionas tus problemas?  
no ay discriminación poco participo

4.- ¿Qué tan frecuentemente te pones triste y cómo solucionas tus problemas?

2.1.- ¿Has tenido relaciones sexuales?  
no

2.2.- ¿Estás consciente de las consecuencias que te puede traer una relación sexual? ¿Cuáles?  
las enfermedades

3.- ¿Qué métodos anticonceptivos conoces?  
condones pastillas y relaciones

04/25/2010

Problemas de salud poco indagados y poco reconocidos...  
en grupos étnicos poco indagados y poco reconocidos

En la Figura 1 se refleja el caso de un adolescente mixteco que es inquirido en su escuela acerca de qué situaciones actuales lo ponen nervioso o lo asustan, a lo cual responde: “cuando veo a alguien que lo matan a golpes frente de mí”. El adolescente entrevistado no está refiriéndose a la cantidad de asesinatos que se miran por las pantallas de cine, televisión y computadora todos los días, a menudo ficticios o eventualmente reales, sino a una vivencia concreta, inmediata, personal. Contar con una experiencia vital de esa magnitud a los 16 años, por desgracia y con vergüenza, puede no ser hoy algo inusual en este país, dadas las condiciones de violencia existentes, pero aquí vemos el inicio de un *itinerario de atención o de desatención*, dependiente del contexto social en el que se lleva a cabo. Este es el tipo de situaciones de relevancia epidemiológica ausentes en la perspectiva epidemiológica dominante.

El papel de una epidemiología sociocultural como referente de investigación y análisis requiere elementos metodológicos y empíricos que, a través de propuestas y análisis de experiencias concretas, refrenden su pretendida pertinencia, con el propósito de pasar de la descripción de “factores socioculturales” de relevancia epidemiológica, a un planteamiento operativo que reconozca su articulación en los procesos de atención-desatención y optimice su potencial aplicativo para la salud pública.

En términos metodológicos, esa perspectiva confluye con la propuesta que hiciera G. Bibeau desde 1992, al destacar:

*...tenemos necesidad, esencialmente, de una perspectiva metodológica y no de una gran teoría... necesitamos algunas herramientas conceptuales y algunas nociones claves que han de revelarse más eficaces y operacionales (p. 45)*

En ese sentido, Bibeau señalaba entre otros, dos elementos relevantes a tomar en cuenta: a) los discursos de la gente y sus puntos de vista sobre la realidad, y b) el estudio de la causalidad, a través de la noción de “dispositivo patogénico estructural” (1992: 45). A partir de ello, postulaba entonces la reconstrucción de casos concretos a través de informantes clave, destacando las realidades de la vida cotidiana *tal como son sentidas y vividas por la gente* a través de relatos realistas, frecuentemente llenos de detalles. En esa tónica, Bibeau resaltaba además (1992: 46-47):

*...el antropólogo ha de prolongar los relatos de la gente recogiendo datos complementarios (cifras, pero también descripciones presenciales) a los cuales la población raramente tiene acceso... estos datos complementan y frecuentemente refuerzan el discurso factual de la gente, buscando esclarecer la relevancia de los problemas...*

En cuanto a Jaime Breihl, sanitarista ecuatoriano, su énfasis ante las diversas limitaciones de la bioepidemiología se canalizan en la propuesta de una epidemiología crítica, que para ser eficaz y efectiva, afirma, ha de trabajar necesariamente en complementariedad con una ecología crítica orientada a la sustentabilidad, pero además, cuyo ejercicio contribuya a integrar “*las distintas miradas desde las cuales se puede observar la afectación de la vida... junto a las organizaciones sociales en lucha... sin aislarse como un fenómeno academicista...* (Breihl, 2010: 6).

La clarificación de dónde deriva el planteamiento de una epidemiología sociocultural también proviene del canadiense Raymond Massé (1995: 104), cuando afirma:

*...en la medida en que el ambiente físico y social, así como los comportamientos y las actitudes que lo sustentan se encuentran profundamente condicionados por la organización social y anclados en la cultura, la epidemiología será socio-cultural o no será epidemiología...*

El desafío, sin embargo, es pasar de la retórica a la concreción basada en información específica, proveniente de la práctica social. La retórica prevalece en la ausencia de datos sistematizados.

Ante la necesidad definitoria de reconocer diversas perspectivas sobre la salud-enfermedad y la atención-desatención, destaca el origen múltiple del perfil epidemiológico sociocultural basado en las percepciones y vivencias de una amplia gama de actores y escenarios sociales (dependientes de farmacia, sacerdotes, ministros, médicos en ejercicio privado, parteras, rezanderos, curanderos, funcionarios, médicos en instituciones públicas, enfermeras, escolares, profesores, amas de casa, niños, ancianos, jóvenes, comerciantes, policías, artistas, delincuentes, jornaleros, enfermeros, enterradores, incluso investigadores, etc.). Es a partir de la riqueza testimonial de esas perspectivas varias, que surge además la realidad dinámica de los itinerarios de los enfermos, no sólo en trayectos de atención, sino de desatención, donde la tensión relevante se ubica entre el *ser atendido o no serlo*, o serlo a medias, entrando además en juego las diversas dimensiones de la desatención (desatención comunitaria, laboral, autodesatención, etc.).

#### *Las plataformas de interlocución y la dialogicidad sanitaria como referentes metodológicos*

El abordaje diferencial de estos itinerarios en los municipios referidos tiene sin embargo para nosotros dos referentes compartidos: el que hemos denominado como "plataformas de interlocución" y la figura de las "comisiones de salud". A ambos se añan además como instancias de referencia los respectivos gobiernos municipales en toda su rica gama de contradicciones. En el caso de San Luis Acatlán, a diferencia del municipio costero oaxaqueño, aparece además como referente un proceso social y político particular, que es el de la Policía Comunitaria de Guerrero, formada en 1995 como una respuesta local y luego ampliada, ante la inseguridad que entonces se vivía en la región de la Costa Chica y Montaña del Guerrero (López y Rivas, 2005: 76-79). Luego instituida formalmente como la Coordinadora Regional de Autoridades Comunitarias (CRAC), la organización agrupa ya para septiembre de 2012 a 72 comunidades ubicadas en 12 diferentes municipios y constituye un sistema autónomo de seguridad, justicia y reeducación basado en la tradición del trabajo voluntario que emana de las culturas mesoamericanas, centrado en el sistema de cargos y en los valores de la comunalidad.

La construcción de plataformas de interlocución como referente de la propuesta aplicada que nos ocupa, se enmarca en una serie de pasos que implican el acercamiento a las instancias municipales de gobierno, la realización de foros municipales de salud y de foros de curanderos y parteras a nivel regional y la conformación de comités o comisiones de salud en comunidades y a nivel municipal, proceso que en el caso del municipio de San Luis Acatlán ha incluido también el impuso a la Comisión de Salud de la CRAC y a sus comités locales en las comunidades. Con mucho que recorrer y concretar aún en esa propuesta, sus componentes aplicados ya permiten considerar como viable su pertinencia y su replicabilidad potencial.

Así, a la elección de estos escenarios sociales –instancias de gobierno municipal, plataformas de interlocución, comisiones de salud, Policía Comunitaria- que reconoce la relevancia de la vertiente política en los procesos de salud-enfermedad y de atención-desatención, se suma la elección metodológica de procedimientos acordes con el carácter incluyente del planteamiento de una epidemiología sociocultural, como son: a) la construcción misma de espacios de interlocución y análisis; b) las intervenciones técnicas de apoyo en instancias locales; c) la obtención de testimonios de actores sociales clave; d) la capacitación de promotores de salud o “promotores múltiples”; e) la detección de casos activos y retrospectivos de desatención; f) el análisis conjunto de dispositivos patogénicos estructurales; g) la construcción de una red de “farmacias verdes” locales; h) la aplicación de procedimientos de investigación participativa en etnobotánica e i) la contribución puntual en gestión de servicios.

En cuanto a los *espacios de interlocución y análisis*, ellos han incluido en Santiago Tapextla la realización a nivel municipal de un foro de salud y de un encuentro de terapeutas populares (noviembre y diciembre de 2011), así como la participación de apoyo en reuniones específicas de los programas gubernamentales “Oportunidades” y “Setenta y más” y la conformación y primeras sesiones de la Comisión Municipal de Salud. En el caso de San Luis Acatlán, a este tipo de espacios se han sumado otros que corresponden al ámbito de la mencionada CRAC, principalmente su Comisión de Salud, e incluyendo mesas de análisis sobre salud y sobre minería realizadas en el marco de sus aniversarios XV y XVI (octubre de 2010 y 2011, respectivamente), así como espacios que emanan de la actividad del sacerdote católico adscrito a la cabecera municipal, realizadas con mujeres y jóvenes. Un espacio también de relevancia es el grupo operativo actual de terapeutas tradicionales, el cual derivó del encuentro de curanderos y parteras realizado en octubre de 2010 en la comunidad tlapaneca de Pueblo Hidalgo.

Como parte de ese proceso general, en septiembre de 2011 se constituyó formalmente la Comisión Municipal de Salud de San Luis Acatlán, con la participación de diversos sectores, incluyendo el gobierno municipal, las instancias sanitarias estatales que operan centros de salud y un hospital, la CRAC, instancias no gubernamentales, representantes de escuelas y nuestro equipo mismo de investigación. Una derivación de ese “espacio” incipiente de interlocución y análisis y a su vez un paso relevante a incluir en la “ruta crítica” que se puede destacar de esta experiencia, es la elaboración de un boletín de salud a nivel municipal, del cual se han impreso y distribuido a la fecha tres ejemplares con colaboraciones diversas provenientes de los integrantes de dicho Comité.

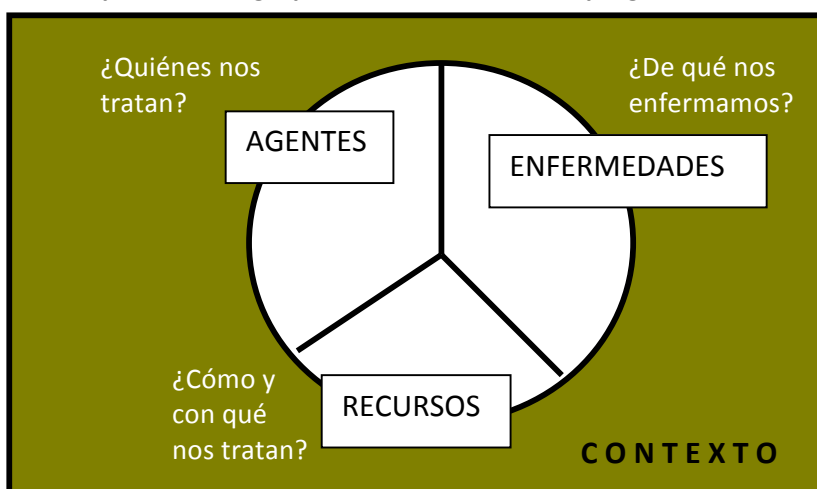
Las intervenciones técnicas de apoyo en instancias locales han incluido actividades puntuales en escuelas primarias, secundarias y preparatorias en ambos municipios, con énfasis en algunos temas y problemas sanitarios (figura 2)

**Figura 2. Dinámicas de diagnóstico en salud.**  
Escuela Primaria de Santiago Tapextla, Oaxaca, 2010.



Una dinámica aplicada a nivel escolar se basa en tres preguntas clave que remiten a la realidad de la atención-desatención en el ámbito doméstico de los escolares, esquematizada en la figura 3.

**Figura 3. Agentes, enfermedades y recursos en el ámbito doméstico a ser explorados en grupos escolares mediante preguntas clave.**



Las respuestas aportan entonces elementos gráficos sobre los agentes, enfermedades y recursos que los participantes identifican en su propia experiencia (Figuras 4 y 5).

Figura 4. Agentes, enfermedades y recursos en el ámbito doméstico a ser explorados en grupos escolares. Escuela Primaria de Santiago Tapextla, Oaxaca, 2010.

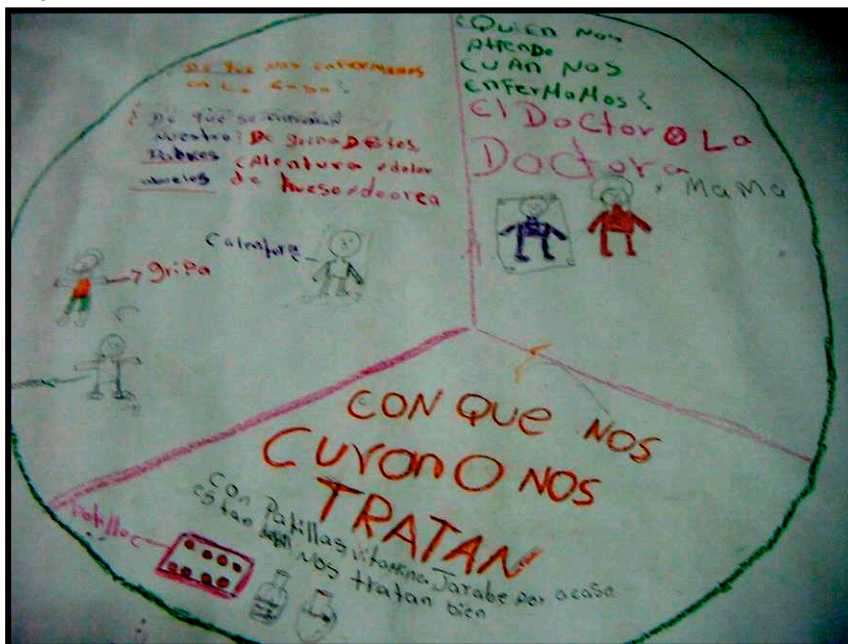
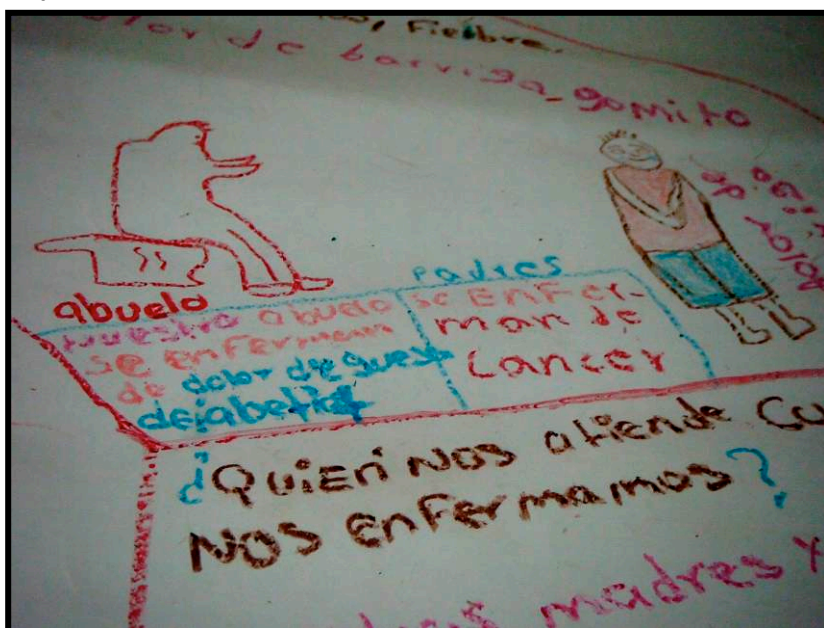


Figura 5. Agentes, enfermedades y recursos en el ámbito doméstico a ser explorados en grupos escolares. Escuela Primaria de Santiago Tapextla, Oaxaca, 2010.



Como parte de las intervenciones técnicas de apoyo, se encuentran el trabajo realizado en el grupo de educación sanitaria en jóvenes denominado "CARA" e instituido desde el centro de salud en la cabecera municipal de Santiago Tapextla, las actividades de educación sanitaria y las prácticas de elaboración de remedios a base de plantas medicinales en grupos de "Oportunidades" en ambos municipios, así como un curso que sobre "interculturalidad" fue impartido por nuestro equipo de trabajo para personal médico del Hospital Comunitario ubicado en la cabecera municipal de San



Luis Acatlán, con la participación de una curandera de la localidad y la presentación de casos concretos de enfermedades tal como son percibidas y abordadas en la cultura médica local.

*Las enfermedades en su dimensión emic: manifiestas en las instancias dialógicas y referentes en una epidemiología incluyente*

Los padecimientos que son reconocidos como tales a nivel local y regional, pero no en la nosotaxonomía biomédica, aparecen en el momento en que la población vierte su experiencia directa sobre la morbilidad que experimenta. Las instancias dialógicas hacen posible esa expresión, como es el caso del trabajo en centros escolares, donde las respuestas a las preguntas ya planteadas antes esquemáticamente (figura 3) permiten explorar, siempre desde la perspectiva y experiencia de los participantes, la gama de patología no reconocida oficialmente por la biomedicina (figura 6).

**Figura 6. Principales enfermedades que “no curan los doctores”.**

mal de ojo	4
Nagual (de monte)	2
espanto - susto	8
lardo	3
Coraje	4
garrotillo	22
vergüenza	0

**Escuela secundaria, La Culebra, Santiago Tapextla, 2011.**

Así, en la figura anterior aparece la “enfermedad de monte” o de nagual referida por los escolares. Al respecto, en el marco de la validación de experiencias, la enfermera asignada al centro de salud de la cabecera municipal comenta:

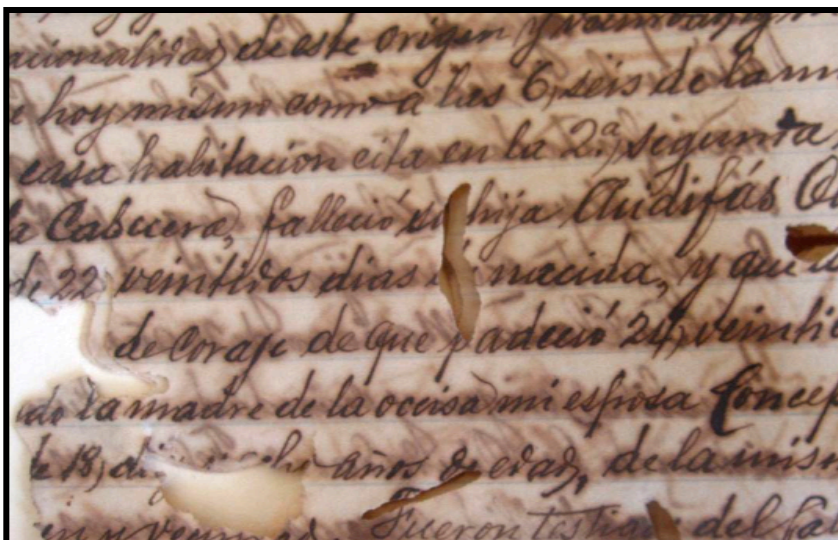
*...Bueno, aquí hablando de Tapextla, la gente tiene su creencia de que no todas las veces se tienen que curar con medicina, sino porque aquí todos consideran que tienen sus naguales, o sea porque se consideran que tienen un animal que también trae la misma vida de ellos pues; si al animal lo matan ellos también mueren, si al enfermo le hacen algo en el monte, también ellos lo sienten, si es tigre y lo balean en el monte, también acá la persona se enferma... Entonces esos son los naguales o Tono, unos les dicen naguales otros les dicen Tono, aquí se acostumbra eso, y la gente a veces no se aplica la penicilina porque dicen que la penicilina para una persona que es tono... pues le va a causar la muerte, por eso ellos no se aplican la penicilina y la mayoría de la gente pues cree en eso...*

En los itinerarios de atención, la enfermedad que orienta el diagnóstico y el tratamiento constituye un marcador múltiple, remitiendo de manera refleja incluso a factores de desatención e incuria. Un ejemplo de ello, padecimiento *emic* destacable tanto en el municipio de San Luis Acatlán como en el de Santiago Tapextla, es el *coraje*. La enfermedad así denominada corresponde, de acuerdo con algunos terapeutas mixtecos, con el *latido* en los niños. El coraje como enfermedad reconoce la relevancia sanitaria de las emociones y los afectos

En el caso del *coraje*, su carácter como marcador múltiple no sólo remite a su vinculación con la enfermedad *emic* del *latido* y a la relevancia sanitaria de las emociones y los afectos: el coraje también implica, en un rasgo compartido entre las poblaciones diversas de ambos municipios, a la introyección, en un menor, del ánimo de enojo de un adulto, tal como lo refiriera para Cuajinicuilapa, en la misma región de Santiago Tapextla, Aguirre Beltrán hace medio siglo (1958). La *transmisión involuntaria* del ánimo exaltado de un mayor hacia un menor vulnerable, sea de manera directa o usualmente indirecta al estar presente el menor en situaciones de conflicto conyugal, por ejemplo, es un patrón de raigambre prehispánica reconocido en otras enfermedades, como las propias del complejo de los *aires* (López Austin, 1984; Hersch, 1995), operando también en la actualidad entre la población originaria y afroamericana de dichos municipios y en el radio más amplio de sus regiones de adscripción. Tan es así, que existe una combinación prácticamente estandarizada del “remedio contra el coraje” que se vende en numerosos comercios de la zona, inclusive en tiendas de abarrotes y hasta de refacciones automotrices.

En el análisis iniciado de dicha mezcla, encontramos entre otros componentes al coral rojo (*Corallium rubrum*), la tila (*Ternstroemia pringley*) y la doradilla (*Selaginella lepidophylla*). El estudio del compuesto para decocciones nos permite inferir, por ejemplo, un componente de irritabilidad posible en los infantes afectados por el coraje. Estos padecimientos, como es también el caso de las enfermedades reconocidas por la biomedicina, remiten a un perfil dinámico de necesidades de atención. Tomando este padecimiento del *coraje* como eje, hemos localizado a su vez su consignación como causal de muerte en antiguas actas de defunción existentes en la oficina de registro civil municipal, tanto en San Luis Acatlán como en Santiago Tapextla (figura 7).

**Figura 7. Consignación del “coraje” como causal de muerte en antiguas actas de defunción. Registro civil, Santiago Tapextla, Oaxaca.**



En ese marco mismo, la consulta al registro civil local constituye otro espacio de dialogicidad que permite, a partir de elementos locales y tangibles, una perspectiva histórica de los problemas de salud, lo que también es el caso de las visitas conjuntas a cementerios como ejercicios que permiten reflexiones sobre la dinámica de la mortalidad en las comunidades.

En cuanto a la capacitación de promotores de salud o “promotores múltiples”, incluyendo componentes temáticos amplios (atención básica, galénica, violencia intrafamiliar, saneamiento, amenazas ambientales, etc.), el abordaje de las enfermedades más comunes se facilita mediante dinámicas gráficas como la del “árbol de la enfermedad”, cuyas raíces simbolizan la causalidad estructural de la patología, a menudo oculta (Figura 8).

**Figura 8. Análisis del “árbol de la enfermedad”, Comisión de Salud de la CRAC, San Luis Acatlán, 2010.**



A su vez, la detección de casos activos y retrospectivos de desatención no se aborda exclusivamente en la escala individual, sino también en su dimensión colectiva, ubicando a menudo el análisis en las relaciones existentes entre ambas escalas. Un caso analizado de “desatención no individual” corresponde a las obras de drenaje inconclusas de la comunidad mixteca de Cuanacaxtitlán, en un ejemplo de saneamiento fallido que es manifestación de políticas públicas que tienen un efecto neto de desatención colectiva (figura 9), propiciador, a su vez, de patología al generar mediante el manejo inadecuado de excretas múltiples focos de contaminación.

El fenómeno remite a un ejercicio de gobierno ajeno a las características y necesidades de las comunidades, determinado por intereses particulares de medro económico. Este caso de desatención colectiva fue llevado por las promotoras de salud de la CRAC al seno de la Comisión Municipal de Salud y fue motivo de emplazamientos a candidatos en campaña política en junio de 2012. Ello ejemplifica el tipo de análisis conjunto de dispositivos patogénicos estructurales que constituye un ítem esencial pero no necesariamente evidente en la tónica de la Comisión Municipal de Salud ya en funciones.

**Figura 9. Obra de drenaje inconclusa en visita de inspección de la Comisión de Salud de la CRAC, Cuanacaxtitlán, San Luis Acatlán, Guerrero, 2010.**



Es preciso explorar en el análisis de los dispositivos patogénicos estructurales las expresiones individuales o familiares de desatención. El siguiente es un ejemplo de dicho ejercicio a partir de dos testimonios, uno presentado en la comunidad de Llano Grande, Santiago Tapextla, y el segundo, proveniente de la cabecera municipal:

*el otro día se me enfermó mi sobrino, Manuel... estaba allá adentro y entré y le dije: "¿Pero qué tienes? ¡párate! Ven a comer"; "no, no tengo hambre" y no se levantó y le vi los ojos amarillos, amarillos y la vista amarilla; "¿tú que tienes? A ver orínate aquí" y lo hice que se orinara en un traste y orinaba parece que era la coca, tenía hepatitis. ¡Hasta Cuaji me lo llevé! Les dije "¿saben qué?" y agarré una alhaja y me fui a empeñarla apurada, y así el doctor le estuvo poniendo cita hasta que se curó, pero tardó mucho con esa enfermedad él. En cambio, si hubiera un médico aquí, de inmediato vamos, ya no hay que sacar lo que tengo para empeñar para llevarlo al doctor...*

*...Las embarazadas tienen que ir a chequearse cada mes, o sea yo como asistente rural de salud, yo voy, la invito a que vaya a un control, le doy un volante y la mando a un control. O sea las que no tienen Oportunidades no muy bien quieren ir, ellas van a Cuaji a chequearse... En Cuaji atienden en particular, en el hospital sí, pero con tanto regaño... el otro día me llevé a Marta... cuando le entró el dolor de la panza se le bajó la presión y me dijo el doctor que ahí no me la podía aliviar porque se podía convulsionar en el parto. Le dió el pase para ir a Cuaji, de Cuaji tampoco la quisieron, en el hospital no la quisieron, de ahí la mandaron a Ometepec, en Ometepec me rechaza la enfermera, en el regional: "No" dice, "a usted le corresponde Oaxaca, ¿por qué corren para acá?", "yo vengo acá porque me mandaron de Cuaji y me dieron el pase". Pero a nosotros nos corresponde Pinotepa, y a Marta no la quisieron tampoco ahí (en Ometepec) de ahí me la llevé al hospital de la amistad, está ahí en Ometepec pero ahí cobran caro; ahí me salió arriba de cinco mil pesos el parto normal; es un doctor bueno pues, es la clínica mejor que hay en Ometepec.*

Se puede afirmar con razón que estos testimonios no tienen nada de extraordinario o de inaudito, y es que ese es precisamente el punto que se quiere destacar aquí: el que son absolutamente comunes y cotidianos, pero no por ello menos significativos de la dinámica de atención-desatención. Ambos casos remiten a la *insuficiencia asistencial* y a la resultante necesidad de *desembolso económico considerable*, caracterizable técnicamente como un "gasto catastrófico" capaz de impactar severamente a la unidad familiar.

En el análisis conjunto, aparece una instancia económica de considerable crecimiento reciente en la región: las *casas de empeño*. En el análisis conjunto, y ante las narrativas recabadas, la complementación de datos y la referencia a dispositivos patogénicos estructurales lleva a señalar por nuestra parte cómo entre 2004 y 2010 el número de casas de empeño creció en México multiplicándose por cuatro, al pasar de 1,589 sucursales, a 6,200 (INEGI, 2010), lo que se ha atribuido tanto al alza en la tasa de desempleo y a la crisis económica que prevalece en una gran proporción de las familias en el país -en cuanto a la demanda-, como a procesos intensificados de "lavado de dinero" en cuanto a la oferta. Se trata de un abordaje que liga la realidad de la *precariedad económica* con sus efectos inmediatos en los *itinerarios de atención y desatención*.

A su vez, los casos activos y retrospectivos, individuales, de desatención sintetizan la confluencia de una serie de elementos de marginalidad susceptibles de análisis en grupos focales. Hay sin duda una dimensión epidemiológica sociocultural en el fenómeno actual de la migración y en los itinerarios de atención y desatención que ese fenómeno conlleva. Así, una familiar de la promotora del programa Oportunidades en la agencia de Llano Grande (Tapextla), rememora la muerte reciente de su prima:

*Mi prima ya tenía 15 años viviendo en Estados Unidos y allá tuvo sus hijos, pero no tenía papeles de allá... Cuando mi tío su papá se puso muy malo, ella se regresó a acompañarlo hasta que murió aquí en la comunidad, a los nueve meses... Luego de unos días, ella se regresó con su hija para Estados Unidos, porque allá se había quedado su marido trabajando y sus otros hijos. Ya había acompañado a su papá, pues...*

*Cuando llegaron a la frontera, como su hija tenía la nacionalidad americana, la muchacha pasó la línea sin problema y ella, mi prima, decidió pasar solita y sin pagar a*

*ningún pollero... Pasó más de un año y nunca llegó. La encontraron en el desierto, lejos de los caminos, recargada en un árbol, con una pierna doblada, todita seca ella, con su mano deteniéndose la cara y como viendo para delante. Dicen que su bolsa estaba como a diez metros y ahí traía todo, hasta dinero de acá. Como ahí tenía pues su cuaderno con los teléfonos de su hermana en Acapulco, llamaron y así se supieron quién era... Ya luego su esposo de mi prima le dio sepultura por allá...*

Este fallecimiento acaece en un ámbito geográfico y en una circunstancia que quedan usualmente al margen de los circuitos de recopilación de datos, resultando así invisibilizados estadísticamente, aunque sean inscritos de manera puntual en otro registro: el de la memoria de los deudos. Evidentemente, se trata de un daño evitable, donde sin embargo la evitabilidad pasa de manera muy clara por las políticas públicas que forman parte de una trama de desatención que atrapa las vidas de los más vulnerables.

El análisis de los dispositivos patogénicos estructurales implica hoy también y de manera creciente la vertiente de los problemas ambientales, que tienen una dimensión sanitaria a menudo insoslayable para muchos campesinos. Un ejemplo de lo anterior, surgido en el trabajo en ambos municipios, es el fenómeno del manejo libre de pesticidas y herbicidas tóxicos que posibilita en el campo no sólo la contaminación de cuencas hidrográficas (figura 10), sino daños a la salud, tanto en quienes lo aplican en sus tareas agrícolas, incluyendo niños, como en aquellos que recurren al químico para quitarse la vida, a menudo jóvenes. Estos materiales se venden sin control alguno, lo que contrasta con la falta de acceso a información e implementos de protección a los trabajadores. El soslayo en la dimensión epidemiológica de este tipo de fenómenos hace que cierta patología, al expresarse tiempo después de la exposición aguda o crónica a estos agentes tóxicos, no sea por sus víctimas fácilmente vinculable a ellos.

**Figura 10. Recipiente plástico de tóxico herbicida abandonado en el campo, San Luis Acatlán, 2010.**



Por otro lado, la vulnerabilidad ambiental llega a afectar, como sabemos, a los espacios sagrados. En un ejemplo donde se hacen manifiestas las tensiones que

existen en los territorios, las prácticas rituales de limpia realizadas por los rezanderos locales en la comunidad mixteca de Buenavista se llevan a cabo en la colindancia de lugares donde se deposita ahora la basura en incremento. Nuevamente estos escenarios concretos posibilitan el análisis de los dispositivos estructurales que no solamente son de orden estrictamente patogénico, sino a su vez desacralizadores (figura 11).

**Figura 11. Depósito de basura en la colindancia inmediata de espacios sagrados donde realizan limpieas los rezanderos de Buenavista, San Luis Acatlán, Guerrero, 2011.**



Los dispositivos patogénicos estructurales remiten incluso a fenómenos como el de la prostitución itinerante, en circuitos de ferias regionales, donde el escaso control sanitario de las trabajadoras sexuales -a menudo adolescentes- propicia la ausencia de medidas de protección y un alta tasa de enfermedades venéreas, como sucede en el municipio de Santiago Tapextla y sus municipios colindantes. Este tipo de problemas sanitarios ejemplifica cómo desde una perspectiva epidemiológica sociocultural, el abordaje necesita ir más allá de la mera dinámica intercultural, de por sí compleja.

En cuanto a la construcción de una red de “farmacias verdes” locales, la propuesta ya en curso es la producción de remedios eficaces, inocuos y accesibles a partir de los saberes locales, incorporando procedimientos de farmacia galénica (González y Hersch, 1993), que de hecho han formado ya parte del proceso de capacitación impartido a promotores. El marco de la referida red es la Comisión de Salud de la CRAC. El diseño de los remedios corre a cargo de los grupos asesorados, y deviene centralmente del saber herbolario local. La primera etapa de la propuesta abarca cuatro comunidades adscritas al territorio comunitario (CRAC) incluyendo también al grupo tlapaneco de terapeutas tradicionales “*Tana Xana*” de Pueblo Hidalgo en el mismo municipio de San Luis Acatlán.

La iniciativa está vinculada con la aplicación de procedimientos de investigación participativa en etnobotánica (caminata botánica, uso de cuadernos miniherbarios,

proyecciones; Hersch y González, 1996) que también se ha llevado a cabo en el marco de los procesos de capacitación y con escolares en ambos municipios.

Finalmente, en este repaso de procedimientos aplicados, la contribución puntual en gestoría de servicios refiere al requerimiento de una unidad de atención médica en la agencia de Llano Grande, Tapextla. Esta necesidad ha constituido un aliciente relevante en la conformación de la comisión de salud de dicha comunidad, abarcando asambleas, sistematización de solicitudes presentadas desde hace más de veinte años a las autoridades estatales, elaboración, entrega y seguimiento de peticiones formales donde se solicita la instauración de dicho centro de salud, acopio de testimonios de desatención relacionados directamente con esa carencia de servicio, así como la incorporación de peticiones específicas de dotación de dicho centro por parte de las agencias de Cahuitán y la Culebra, del mismo ejido. En todo lo anterior subyace la idea de explorar si la formación de una “plataforma de interlocución” puede tener un efecto positivo concreto ante requerimientos como el señalado. Las narrativas de desatención respecto a esa carencia asistencial, como la siguiente, se han incorporado formalmente en foros y peticiones que se encuentran en proceso de resolución:

*Por ejemplo, si vamos a uno, no hay doctor, o no hay isodine, no hay gasa. Sí porque yo me ha tocado llevar, así enfermos que yo no los podía curar. De una cortada sencilla, pues sí, pero ya cuando necesitan que los cosan, pues a veces voy a Tapextla, y nunca había doctor. Ahora derechito a Cuaji. 350 pesos nos cobran para llevar a un enfermo... Luego me decían “llévalo a Tapextla”, le digo “¿a qué voy a Tapextla, a gastar y que regrese sin resultados?” le digo “no, aquí nomás lo lavamos”... ellos quieren que nosotros estemos trabajando en la comunidad, pero nos deberían de dar material, cómo preparar los talleres. Nos dicen “vayan a la clínica de Tapextla a traer los materiales” ¿Qué nos van a dar, si ni nos contestan los buenos días? Le digo... Mire, ahí, más que nada la cosa está así. Todos los doctores que llegan son muy buena gente, al principio. Pero ya cuando pasan del mes, en adelante, ya que... se agarran con las uñas como los gatos...*

Este tipo de narrativas detalladas expone situaciones donde a la carencia objetiva de servicios se auna la mención del maltrato que conlleva, a menudo y en ambos municipios, una clara carga de discriminación. Se articulan así rasgos de exclusión y desigualdad que demandan aproximaciones globales cuyo impacto – retomando uno de los referentes de la mesa que nos ocupa- ha de ser primariamente de índole organizativa.

En el proceso que nos ocupa, se refrenda una vez más la necesidad de redimensionar la participación social en la creación de estrategias en salud, pues tanto a nivel comunitario como municipal y en cualquier población y sector, existen, ignorados, actores y conjuntos sociales claves para la gestión sanitaria. Desde una perspectiva individual y en un alcance que implica los círculos sociales compartidos por ella, cada persona en su vivencia y en su ámbito genera conocimiento, formas de pensar, expectativas, emociones, experiencias y propuestas; sin embargo, todo ello es desdeñable desde la óptica sanitaria actual que emana del modelo médico hegemónico y de la epidemiología clásica: se trata de factores en general poco explorados y valorados que permanecen en el silencio y el olvido. Un *silencio de lo subjetivo*, culturalmente permeado, que sin embargo acaba por *objetivarse* de



múltiples formas: en fallas en la implementación de diversos programas sanitarios; en un pobre aprovechamiento de los saberes y recursos locales; en una escasa participación, coordinación y organización; se objetiva, finalmente, en enfermedades y muertes.

#### *A manera de recapitulación*

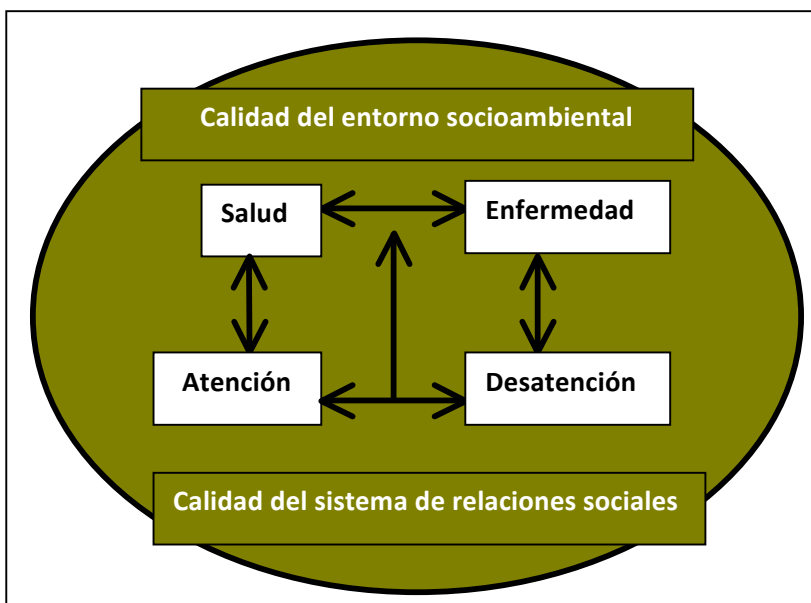
En síntesis, la epidemiología sociocultural pretende expandir la aproximación a la dimensión colectiva del proceso salud-enfermedad, mediante la recuperación de una visión integral o incluyente respecto al fenómeno del daño a la salud en su alcance público.

En ese contexto, y en el del proyecto de referencia que nos ocupa, el estudio conjunto de los saberes y recursos locales de relevancia sanitaria se realiza en el marco de un proceso de participación social fundamentado en: a) la focalización de los niños y jóvenes como grupos etáreos prioritarios; b) la recuperación y análisis conjunto de los saberes y recursos locales, y c) la validación factible entre sectores.

La relevancia del componente metodológico ha resultado determinante para operacionalizar el planteamiento de una epidemiología sociocultural, pues éste demanda en la actualidad ilustrarse mediante experiencias aplicativas que además demuestren en la práctica la viabilidad de una interlocución entre sectores y disciplinas en espacios territoriales específicos.

En este marco y en el contexto de una epidemiología incluyente, es posible plantearnos de manera sucinta (figura 12) elementos clave que han sido ignorados por la biomedicina y la bioepidemiología, a partir de la articulación entre los ejes salud-enfermedad y atención-desatención, considerando a su vez la relevancia sanitaria de dos sistemas que incorporan una dimensión cualitativa: a) la calidad del entorno ambiental y b) la calidad del sistema de relaciones sociales:

**Figura 12. Ejes salud-enfermedad y atención-desatención en interrelación mediada por sistemas cualitativos: entorno ambiental y relaciones sociales.**



Esta perspectiva lleva a reconocer la relevancia de las dinámicas de atención y desatención en su trascendencia epidemiológica, porque es a través de ellas que opera la dimensión patogénica de los dispositivos estructurales y se manifiesta a su vez, precisamente, el eje salud-enfermedad. Si bien resulta pertinente incorporar a la atención como parte del proceso salud-enfermedad (bajo el término “Proceso salud-enfermedad-atención”), las dinámicas de **desatención** y sus determinantes ameritan particular focalización y análisis. Si, como afirma Massé (1995), la epidemiología es necesariamente sociocultural por la importancia determinante de la cultura y de los comportamientos en la condición sanitaria de las poblaciones, también cabe señalar que si el proceso salud-enfermedad en sus diversos matices existe, es porque existe el proceso atención-desatención en sus diversos matices.

Consideramos que lo anteriormente expuesto tiene implicaciones metodológicas y teóricas al abordarse, como lo indica esta mesa, la investigación científica y el fortalecimiento de la medicina tradicional y la salud intercultural. El referente de una *epidemiología incluyente*: a) articula el sentido y el método de la investigación, orientando su propósito; b) encuadra el fortalecimiento de la medicina tradicional en el marco de la salud pública y c) coloca al cometido de la salud intercultural en un marco más amplio, donde los determinantes de clase, género y territorio operan de manera orgánica y permanente.

### Referencias

- Aguirre Beltrán, Gonzalo (1985) [1958], *Cuijla. Esbozo etnográfico de un pueblo negro*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Bibeau, Gilles (1992), “¿Hay una enfermedad en las Américas?”, en: Pinzón, C.E., Suárez, R. y G. Garay (comps), *Cultura y salud en la construcción de las Américas. Reflexiones sobre el sujeto social*, pp. 41-69. Bogotá, Instituto Colombiano de Cultura.
- Breihl, Jaime (2003), *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Lugar Editorial, Buenos Aires.
- \_\_\_\_\_ (2010), “Las tres “S” de la determinación de la vida y el triángulo de las política”, Seminario “Rediscutiendo a questao da determinacao social da saúde”, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, Salvador de Bahía, Brasil, 19-20 de marzo, 2010.
- De Almeida-Filho, Naomar (2000), *La ciencia tímida. Ensayos de deconstrucción de la epidemiología*. Lugar Ed., Buenos Aires.
- González Chévez, Lilián y Paul Hersch Martínez (1993), “Galenic herbal preparations in contemporary health programs: an applied experience in Mexico”, *Médicaments et aliments : L’approche ethnopharmacologique. Actes du 2e Colloque Européen d’Ethnopharmacologie*, París, Orstom, pp. 201-202.
- Hersch Martínez, Paul (1995), “Tlazol, ixtlazol y *tzipinación* de heridas: implicaciones actuales de un complejo patológico prehispánico”, *Dimensión Antropológica*, 2(3): 27-59.
- \_\_\_\_\_ y Lilián González Chévez (1996), “Investigación participativa en etnobotánica”, *Dimensión Antropológica*, 3(8): 129-153.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), (2010a), *Censo de Población y Vivienda*, México.
- \_\_\_\_\_, (2010b), *Censo Económico 2009*, México.

- Krieger, Nancy (2001), "Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective", *International Journal of Epidemiology*, 30: 668-677.
- López Austin, Alfredo (1984), *Cuerpo humano e ideología*, UNAM, México.
- Massé, Raymond (1995), "Les apports de l'anthropologie à l'épidémiologie : le cas du rôle étiologique de l'isolement social", *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 2(1) : 102-117.
- Santos, Boaventura de Sousa (2005), *El milenio huérfano. Ensayos para una nueva cultura política*, Madrid, Ed. Trotta.