



Salud Pública de México

Instituto Nacional de Salud Pública

eoropeza@insp.mx

ISSN (Versión impresa): 0036-3634

ISSN (Versión en línea): 1606-7916

MÉXICO

1993

Lilián González Chevéz / Paul Hersch Martínez

APORTES PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL PERFIL EPIDEMIOLOGICO
SOCIOCULTURAL DE UNA COMUNIDAD RURAL*

Salud Pública de México, julio-agosto, año/vol. 35, número 004

Instituto Nacional de Salud Pública

Cuernavaca, México

pp. 393-402

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal



Universidad Autónoma del Estado de México

<http://redalyc.uaemex.mx>

APORTES PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO SOCIOCULTURAL DE UNA COMUNIDAD RURAL*

LILIAN GONZÁLEZ-CHÉVEZ, M.C., M.E.S.,⁽¹⁾ PAUL HERSCH-MARTÍNEZ, M.C.⁽²⁾

González-Chávez L, Hersch-Martínez P.
Aportes para la construcción del perfil
epidemiológico sociocultural
de una comunidad rural.
Salud Publica Mex 1993;35:393-402.

RESUMEN

Este estudio combinó dos enfoques metodológicos para acceder a la morbilidad, tal como la concibe la población, provenientes uno de la antropología mediante el estudio de grupos focales y el otro de la sociología, partiendo de las propuestas de investigación-acción. La investigación se adscribió a un programa de capacitación para la salud, gestionado por la organización regional campesina más importante de la zona, tomando como grupo focal a las mujeres campesinas miembros de esta organización, que participaron en cursos-talleres de capacitación para la salud y en un estudio etnobotánico de la región. La información proporcionada por ellas en estos espacios, permitió conformar de manera indirecta un perfil de morbilidad en el que un 30 por ciento de las enfermedades referidas resultaron ser básicamente de naturaleza sociocultural, algunas de éstas se ubican dentro de las diez más comunes en la región. Se destaca el paralelismo existente entre las enfermedades informadas como más frecuentes por el grupo focal y las aten-

González-Chávez L, Hersch-Martínez P.
Contributions to the construction
of the sociocultural epidemiological
profile in a rural community.
Salud Publica Mex 1993;35:393-402.

ABSTRACT

This study combines two methodological approaches in order to assess morbidity just as it is conceived by the population: the first approach —an anthropological perspective— is a qualitative study of focal groups; the second approach is a sociological study that draws upon participatory research proposals, and intends to related academic interest with the concerns that arise in the population. This research work was conducted with the Health Commission of the main peasant organization in the zone, as part of a health education program working with female peasants who also participated in an ethnobotanical participatory study and in health workshops. The information produced by these women in the two analytical space aforementioned, allowed the indirect conformation of a sociocultural morbidity profile for the zone. Participatory research, focal groups and ethnobotanical studies are useful in the characterization of an epidemiological profile of the sociocultural nature of diseases. In order to conform a synthetic epidemiologi, it

* Ponencia presentada en el III Congreso Nacional de Investigación en Salud Pública, organizado por el Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, 27 al 29 de enero de 1992. Estudio financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, proyecto P218CCOO-892997.

(1) Investigadora del Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, Universidad Nacional Autónoma de México.

(2) Investigador titular del Centro Regional Morelos, Instituto Nacional de Antropología e Historia, México.

Fecha de recibido: 4 de mayo de 1992 Fecha de aprobado: 4 de enero de 1993

didadas por el Centro de Salud local, a excepción de las de naturaleza sociocultural. Dada su utilidad al expresar alteraciones cotidianas en la salud de la población que resultan onerosas en la economía familiar, incapacitantes en términos laborales y generadoras de sufrimiento evitable, se propone un registro patológico de naturaleza sociocultural mediante técnicas de investigación de disciplinas como la etnobotánica y la antropología social, en el contexto de la propuesta de los Sistemas Locales de Salud.

Palabras clave: epidemiología, perfil epidemiológico sociocultural, medicina tradicional, antropología médica, mujer, etnobotánica, cultura, SILOS

is necessary to take into account these diseases as health problems that generate poor performance at work, suffering and that deserve to be considered in local health systems (SILOS).

Key words: epidemiology, sociocultural nature of diseases, traditional medicine, medical anthropology, ethnobotany, women, culture, SILOS

Solicitud de sobretiros: Dra. Lilián González Chévez, Departamento de Sociología, Doctorado en Ciencias Sociales y Salud, Universidad de Barcelona, Apartado Postal 5570, Barcelona 08080, España.

EL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO es un aspecto clave para el conocimiento de la situación de salud en una comunidad. Sin embargo, la construcción de éste a partir de un solo modelo interpretativo, el científico-explicativo, introduce un sesgo en el abordaje de la realidad social y de salud al considerar exclusivamente las entidades nosológicas reconocidas en el paradigma médico dominante. Este sesgo se incrementa en comunidades rurales e indígenas, en cuyo contexto cultural opera un conjunto de problemas de salud que, aun cuando son percibidos por la población, carecen de equivalente en la nosología médica oficial y, por tanto, no son detectados por las instituciones de salud (figura 1). De lo anterior resulta una serie de situaciones de susceptibilidad, riesgo y enfermedad no caracterizadas o definidas en términos epidemiológicos como necesidades de atención.¹ Sin embargo, estos “Síndromes de filiación cultural”^{*} y otros numerosos y diversos padecimientos

de índole sociocultural, no dejan de ser problemas reales en la cotidianidad de la población, onerosos para la unidad familiar y generadores de incapacidad laboral y sufrimiento.

Desde esta perspectiva, la epidemiología, por su carácter de ciencia operativa y su enfoque colectivo,⁵ requiere partir del reconocimiento de que existen en la comunidad problemas de salud con características particulares de tipo cultural que deben de tomarse en cuenta.

La propuesta de un enfoque sociocultural para la epidemiología, —plantada en México por Menéndez a partir de los estudios realizados sobre epidemiología sociocultural en Canadá por el grupo GIRAME (Groupe Interuniversitaire de Recherche en Anthropologie Médicale et en Ethnopsychiatrie)— subraya la necesidad de conformar una epidemiología sintética que nutra el perfil construido científica e intencionalmente por la investigación en salud pública actual, con otros perfiles epidemiológicos provenientes del saber y de la práctica de los médicos clínicos aplicativos, de los terapeutas no hegemónicos y de los conjuntos sociales mismos⁶ (figura 2).

Reconocer en el proceso salud-enfermedad-atención la dimensión cultural es el paso previo en que debe

^{*} “Culture Bound Syndromes”, término procedente de los estudios de etnopsiquiatría; dos revisiones relativamente recientes son las de Simons² y Littlewood.³ En México, el término ha sido introducido por Zolla.⁴

Epidemiología institucional



Fuente: C. Zolla, 1985. Comunicación personal

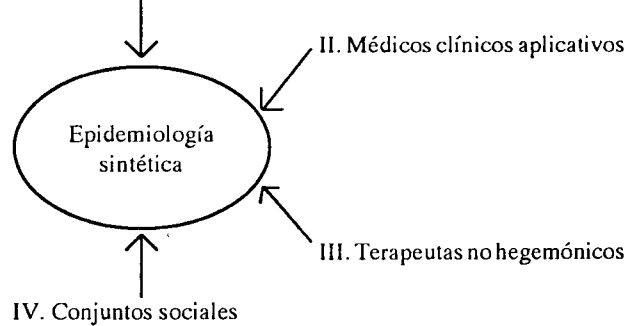
FIGURA 1. Límites en la percepción de la epidemiología institucional

basarse una propuesta de este tipo. La cultura* permea lo sanitario de manera constante. Este reconocimiento adquiere particular relevancia en países pluriculturales como el nuestro,⁸ aún en el marco de una afectación creciente y aparentemente irreversible de las culturas más tradicionales (como consecuencia de las políticas actuales y/o de las relaciones de dominación y explotación); es sólo a partir del conocimiento y valoración de los síndromes y padecimientos socioculturales que es posible abatir los daños inherentes a ellos.⁹

La reformulación epidemiológica es una constante esencial, inherente a la historia misma de la salud pública y una necesidad en sí: con el paso del tiempo el análisis epidemiológico evoluciona al incorporar nuevos elementos, amplía y profundiza su campo como reflejo de otros procesos entre los que destaca la falta de una respuesta social organizada ante la enfermedad y la evolución misma del concepto de salud. En este proceso de reformulación continua —del que son expresión, por

* Entendida aquí como ese conjunto de elementos de la cotidianidad de la población constituido por pautas, creencias, códigos, prácticas y conocimientos que se aprenden y se comparten, que son supuestos pero también poderosos.⁷

I. Investigación epidemiológica institucional



Fuente: Referencia 6

FIGURA 2. Aportadores para una epidemiología sintética

ejemplo, el enfoque de riesgo¹⁰ y el paso de la medición del daño al reto de trabajar con indicadores de salud positiva—¹¹ cabe señalar el planteamiento de una epidemiología sintética,⁶ término utilizado para subrayar la necesidad de expandir el enfoque operativo actual de la epidemiología. La discusión sobre la pertinencia o no de “calificar” a la epidemiología refleja la necesidad de un análisis más específico que escapa al cometido de este estudio (la reflexión, epistemológica incluso, podría iniciarse al postular la existencia de una epidemiología cartesiana y reconocer en ella los límites de “la” ciencia moderna;^{12,13} en cuanto al paradigma mecanicista). El sentido en que se adjetiva aquí a la epidemiología, no implica exclusión o rechazo (que equivaldría a rechazar alcances irrefutables de que somos beneficiarios) sino complementariedad.

La definición personal y cultural de salud, que no coincide necesariamente con la interpretación científica cartesiana, tiene implicaciones que se recogen incluso en la propuesta de los Sistemas Locales de Salud (SILOS):

El concepto de salud tiene dos planos de interpretación fenomenológica: uno subjetivo, perceptivo del propio individuo, y otro objetivo, caracterizado por la conducta apreciable y más o menos medible en el área biológica, psicológica y social. Esta doble dimensión del estado de salud o enfermedad tiene implicaciones importantes en la

atención de la salud, puesto que da lugar a dos definiciones posibles de necesidad de atención igualmente válidas, pero no siempre coincidentes: la personal, orientada por un modelo interpretativo básicamente cultural, y la profesional, basada en un modelo explicativo científico. Esta duplicidad en la definición constituye una de las dificultades y motivo de discusión para la búsqueda de parámetros de medición de la salud y la enfermedad..."¹⁴

Un enfoque epidemiológico que abarque los aspectos socioculturales, es importante en el contexto de las políticas de salud actuales, ya que sería difícil sostener como metas de atención la equidad, calidad y eficiencia sin tener como referencia el punto de vista del "otro"; es decir, definir las necesidades y condiciones de salud-enfermedad de las comunidades desde un paradigma y una cultura ajenos a las mismas. Desde esta perspectiva, reconocer las limitaciones actuales de la epidemiología en el ámbito cultural y el desarrollo de una epidemiología sintética permite un acercamiento real y tangible a la población, y una plataforma más adecuada para el impulso de programas de salud con participación social.

La investigación epidemiológica desde un enfoque sociocultural, plantea sin embargo limitaciones a las instituciones de salud por varias razones:

1. Cuestiona el paradigma mecanicista dominante en la medicina occidental moderna, al incorporar concepciones diferentes del mundo y la realidad y, por lo tanto, de los motivos básicos de la reflexión epidemiológica (vida, muerte, salud, enfermedad, atención).
2. Se remite estrictamente al ámbito local o regional, dada la diversidad geográfica y cultural del país, lo cual genera perfiles epidemiológicos diferentes.
3. Los sistemas de información en salud no contemplan a la comunidad como fuente directa y/o activa, condición imprescindible para la construcción de un perfil epidemiológico sociocultural.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se planteó el diseño y aplicación de un modelo operativo que permitiese obtener una aproximación a la morbilidad sociocultural de una comunidad rural específica desde una perspectiva local, incorporando a nivel metodológico algunos procedimientos de la llamada investigación-

acción, además de recursos y técnicas de antropología social, como es el estudio cualitativo de un grupo focal.* La selección de estos instrumentos metodológicos y su complementariedad responde a criterios de viabilidad, efectividad y reciprocidad. En este sentido, existen evidencias de que los resultados obtenidos a través de estudios cualitativos de corte antropológico (como es el estudio de grupos focales), coincide notoriamente con los datos registrados a través de técnicas epidemiológicas, alcanzando información estratégica respecto a problemas donde éstas fracasan y obtienen información limitada, además de ser más económica esta vía en términos de tiempo y recursos.⁶ La investigación-acción pretende una mayor y más activa participación de la población en diversos momentos de la misma, vinculando las acciones grupales a problemas concretos susceptibles de reflexión conjunta en el contexto de un proceso organizativo y educativo local.¹⁶

OPERACIONALIZACIÓN

El estudio realizó en una zona rural, campesina e indígena al suroccidente de la Mixteca poblana. El bajo rendimiento agrícola en la región (considerando el alto porcentaje de cultivos de temporal, el elevado índice de terrenos pedregosos y en pendiente, y la baja precipitación pluvial anual)¹⁷ ocasionó que la población buscara otras fuentes de ingresos como son la colecta y venta de flora medicinal silvestre, la maquila de bordado y la emigración a ciudades como México, Puebla, o a los Estados Unidos. La tasa de analfabetismo en mayores de 15 años es superior al 25 por ciento y el ausentismo escolar en los periodos de siembra y cosecha es del 45 por ciento.¹⁸ A pesar del incremento de vías de comunicación en la zona hacia el exterior en los últimos veinte años, la población conserva bastantes concepciones y prácticas tradicionales con respecto a la salud y la enfermedad, incluidas diversas entidades nosológicas y

* Grupo focal o entrevista exploratoria grupal: técnica de investigación cualitativa en la que un grupo pequeño de informantes (6 a 12 personas) hablan libre y espontáneamente sobre temas que se consideran de importancia para la investigación, guiados por un facilitador o moderador.¹⁵

numerosas plantas medicinales cuya vegetación corresponde al llamado "bosque tropical caducifolio".¹⁹

Problemas severos de salud en la zona son la desnutrición infantil (83 por ciento en la cabecera municipal), el alcoholismo y las enfermedades infecciosas digestivas y respiratorias, así como la falta de agua potable, de saneamiento básico y de asistencia médica suficiente tanto en la cabecera municipal como en otras localidades aledañas.²⁰ Esta región se seleccionó debido a la existencia local de un proceso de organización campesino que permitía coordinar el eje de interés académico con el eje de interés comunitario, al definir un plan de acción común: la investigación se adscribió como una actividad complementaria de un programa de educación para la salud, en apoyo a la organización campesina regional más importante de la zona (sur de la Mixteca Poblana, colindante con Morelos y Guerrero) mediante su Comisión de Salud. Esta adscripción permitió la participación de mujeres campesinas en el proceso de investigación, debido a que la comisión (considerado por nosotros el grupo focal) está constituida básicamente por mujeres de los diferentes poblados y rancherías de la región. Esta situación refleja la función de la mujer como encargada de la salud al interior del ámbito familiar, verdadero primer nivel de atención.

El modelo interpretativo-aplicativo de salud-enfermedad y los padecimientos y enfermedades más representativos de la región según este grupo de mujeres (grupo focal), fueron investigados indirectamente a partir de la información proporcionada por ellas en los cursos-talleres de educación para la salud (llevado a cabo por el Colectivo de Educación e Información en Salud, A.C.) y en el estudio etnobotánico de la flora medicinal de la localidad.

Los cursos-talleres de capacitación abarcaron los problemas de salud de la comunidad más comunes en el grupo y sus propias estrategias para solucionarlos, incorporando los siguientes temas:

- El diagnóstico colectivo de los principales problemas en la comunidad y las enfermedades más frecuentes, tanto las reconocidas oficialmente por las instituciones de salud (clínica de campo de la localidad) como las que comúnmente tratan con medicina doméstica o con terapeutas tradicionales.
- Los recursos humanos y materiales en salud disponibles en la comunidad.
- Los hábitos alimentarios, niveles nutricionales y el

aprovechamiento en ese sentido de los recursos de la región.

- La situación sanitaria de la población.
- La prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades más frecuentes.

Debido a que en el marco de las comunidades indígenas y campesinas la flora medicinal constituye un recurso terapéutico fundamental, se realizó un estudio etnobotánico en la región. Se partió de la hipótesis de que los recursos terapéuticos utilizados en una localidad pueden constituirse en indicadores indirectos de morbilidad, mediante la caracterización diferencial de los padecimientos que motivan su uso. En este sentido, entre los antecedentes relacionados con el estudio de la flora medicinal como fuente de información sobre morbilidad, se encuentra la distribución porcentual del empleo de 140 plantas medicinales registradas durante la aplicación del Programa de Interrelación de la Medicina Tradicional e Institucional por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en los años 1983 a 1985,²¹ en donde los llamados "Síndromes de filiación cultural" ocuparon el quinto lugar entre los padecimientos más frecuentes, después de las enfermedades digestivas, respiratorias y de otras agrupadas aleatoriamente. Otro estudio relevante con el mismo propósito es el realizado por la Asociación Procomith²² en cuatro comunidades de Chiapas, en el cual se registraron 250 nombres distintos de padecimientos, destacando en quinto lugar el "aire", después de las enfermedades respiratorias, gastrointestinales, calenturas y dolores de cabeza. La caracterización de un patrón de enfermedades o padecimientos a partir de la flora medicinal con base en su frecuencia de uso, puede encontrarse también en diversos trabajos de tesis en etnobotánica.²³

Sobre este principio se realizó el estudio etnobotánico de la flora medicinal de la localidad. Tres técnicas metodológicas etnobotánicas se propusieron como útiles en el contexto de la investigación-acción: la "caminata botánica", el "cuaderno miniherbario" y las "sesiones visuales conjuntas".

La caminata botánica la realizan miembros de la comunidad (fundamentalmente campesinos, amas de casa y terapeutas tradicionales) en los alrededores de la localidad, a invitación abierta de la organización campesina (de cualquier institución o grupo con presencia en la comunidad) a fin de reconocer las plantas medicinales de la zona. Para el recorrido, se pide que quienes participen

tengan el mismo conocimiento y experiencia; así, cuando alguien del grupo reconoce cierta planta como medicinal, los demás se detienen y escuchan el conocimiento del informante, de manera que el aprendizaje se genera en todos a partir de la realidad y la experiencia de los participantes. Esta situación permite que todos se expresen y participen.

El cuaderno Miniherbario, recomendado por la maestra Abigail Aguilar (herbario, IMSS), consiste en un simple cuaderno en el cual los participantes de la caminata botánica anotan la información recabada; al mismo tiempo, recogen una muestra pequeña o una parte de la planta y la pegan a su cuaderno junto con las anotaciones. De esta manera, el cuaderno miniherbario se convierte en un medio de registro, identificación, estudio y divulgación de la flora medicinal. Es fundamental el hecho de que este recurso pueda ser estudiado por un taxónomo botánico o por un médico, por ejemplo, pero quien lo posee es un miembro de la comunidad.

Las sesiones visuales son reuniones conjuntas, abiertas a la comunidad, en las cuales a partir de fotografías o dibujos sobre plantas medicinales, se enriquece y complementa la información recabada en las caminatas botánicas.

RESULTADOS

Los procedimientos utilizados (cursos-taller y estudio etnobotánico) generaron un marco de reciprocidad en el que tanto los profesionales como un sector de la población se beneficiaron de los conocimientos y recursos compartidos. Para los fines de la investigación, al margen del proceso de educación para la salud en sí y de las implicaciones de autovaloración cultural, estos procedimientos permitieron obtener una apreciación general de las enfermedades y recursos terapéuticos más frecuentes de la comunidad (según el grupo focal de mujeres participantes). Asimismo, el estudio etnobotánico facilitó la identificación de las plantas medicinales locales y sus usos, constituyéndose éstas como indicadores indirectos de morbilidad.

A partir de la información obtenida se registró información sobre la morbilidad en general, los padecimientos de naturaleza sociocultural y los recursos terapéuticos más frecuentemente empleados en la región. También se registró el uso local de 103 especies medicinales

procedentes de la zona, incluida su identificación taxonómica.*

Como una primera aproximación a la magnitud de los padecimientos de naturaleza sociocultural, se elaboró un perfil de las enfermedades más frecuentes en la región de acuerdo con dos fuentes: la distribución porcentual por uso de plantas medicinales locales (cuadro I), y por los datos recabados en los cursos-taller. Se confrontó esta información con las 10 principales causas de morbilidad en la región conforme al Centro de Salud local (cuadro II); por último, se seleccionaron las 10 enfermedades socioculturales predominantes en el área (cuadro III).

DISCUSIÓN

De las 103 especies con uso medicinal registradas en la región, un 30 por ciento se aplica a enfermedades y/o padecimientos no incluidos ni forzosamente equiparables en la taxonomía nosológica oficial (cuadro I). Esta proporción significativa constituye un reflejo indirecto de la prevalencia y magnitud de tales padecimientos.

El perfil de las enfermedades más frecuentes de la región, inferido a través de la flora medicinal empleada, presenta un interesante paralelismo en su frecuencia con respecto a la distribución de causas de consulta registradas en el Centro de Salud local (comparar cuadros I y II); probablemente, el Centro de Salud no informa precisamente las entidades que le resultan inaccesibles cultural, ideológica y operativamente, correspondientes, entre otras, a los llamados síndromes de filiación cultural.

Es importante señalar que no se notificaron especies medicinales para tratar algunas enfermedades como el alcoholismo y la hipertensión arterial, incluidas dentro de las 10 enfermedades más frecuentes según el Centro de Salud local (comparar cuadros I y II). Esta situación refleja que la comunidad reconoce la insuficiencia terapéutica de la flora medicinal en estos padecimientos,

* Todas las especies han sido colectadas en conjunto con las campesinas integrantes de la mencionada comisión, e identificadas mediante el apoyo de personal del Herbario de la División de Ciencias Forestales de la Universidad Autónoma de Chapingo (Sr. Francisco Ramos y Mtro. Enrique Guiza) y del herbario Médico del IMSS (Mtra. Abigail Aguilar).

CUADRO I

Principales padecimientos que son objeto de terapia con flora medicinal según cantidad de especies utilizadas, Jolalpan, Puebla, México, 1990

Motivo de utilización	Número de especies
Diarrea y disentería ¹	18
Traumatismos ²	13
Empacho	12
Tos	11
Dolor de estómago ³	11
Daño, mal aire ⁴	9
Dermatosis ⁵	8
Mal de orín	6
Chincual	6
Piquete de alacrán	4
Inflamación de riñones	4
Tlazol	4
Cuasihuistle	4
Flujos vaginales	4
Dolor de oído	4
Aflojadura de cintura	3
Inflamación del hígado o vesícula	3
Aflojadura de dientes	3
Dolor de cabeza	3
Hemorroides	3
Hemorragias vaginales	3
Dolor de muela	2
Hervor de sangre	2
Caxan	2
Fiebre	2
Aborto, prevención	2
Dolor de cintura	2
Mal de ojo	2
Tiricia	2
Vómito	2
Otros	22
Total	176

Fuente: Estudio etnobotánico realizado con las mujeres campesinas integrantes de la Comisión de Salud de la Unión Regional de Ejidos y Comunidades del Sur del Estado de Puebla.

¹ Incluye diarrea, diarrea "por dentición", disentería "meca", "relajamiento" y "resfrío" de estomago

² Incluye flora referida para lavar heridas, tratar "golpes internos", "inflamación" y fracturas

³ Incluye dolor de estómago, dolor de estómago por "frío", "calor", o "mal de aire"

⁴ Padecimientos agrupados por ser tratados ambos con "limpias"

⁵ Incluye sarna, hongos, "disipela", "granos", "mezquinos", manchas, "espinilla"

CUADRO II

Diez principales motivos de consulta. Centro de Salud, SSA. Jolalpan, Puebla, México, 1990

Motivo de consulta	Cantidad
Infecciones de vías respiratorias altas	113
Gastroenteritis	60
Traumatismos	60
Picadura de alacrán	52
Infección de vías urinarias	50
Colecistopatías	25
Intoxicación etílica	20
Dermatitis	7
Gastritis	7
Hipertensión arterial esencial	3

Fuente. Hoja Diaria Médica

o que algunos padecimientos no son aceptados como tales. Es posible que ciertos males queden disimulados en alguno de los síndromes de filiación cultural, o que la región trate con plantas exclusivamente algunos de sus signos o síntomas. Con ello subrayamos el carácter aproximativo y complementario del trabajo etnobotánico como método indirecto que abarca lo epidemiológico, al presentar limitantes y posibles sesgos además de los ya señalados. En el mismo sentido se observa que la cantidad de especies utilizadas para un mismo padecimiento, puede considerarse como un parámetro indirecto de su magnitud y frecuencia, aunque también el hecho de que sólo se notifique una especie para determinado padecimiento, sería expresión de la alta selectividad o efectividad de la planta, encubriendo así una eventual alta frecuencia del mismo.

Este estudio permitió sistematizar la información sobre 103 plantas medicinales de la zona, incluyendo sus usos, forma de preparación, parte de la planta utilizada, etcétera; se considera que esta información es de utilidad también porque ilustra las estrategias de sobrevivencia endógenas²⁴ y los recursos de una zona y una población, reveladores de su capacidad y potencial en relación con sus problemas de salud. Los datos sistematizados servirán para generar un material de difusión para la población,

CUADRO III Entidades nosológicas tradicionales o populares que son objeto de terapia con flora medicinal según cantidad de especies utilizadas, Jolalpan, Puebla, México, 1991	
Entidad nosológica	Número de especies
Empacho	12
Daño y mal aire*	9
Problemas digestivos varios**	6
Mal de orín	6
Chincual	6
Tlazol	4
Cuasihuistle	4
Aflojadura de cintura	3
Caxan	2
Tiricia	2
Hervor de sangre	2
Mal de ojo	2

Fuente: Campesinas integrantes de la Comisión de Salud de la Unión Regional de Ejidos y Comunidades del Sur del Estado de Puebla

* Agrupadas por ser tratadas ambas con "limpias"

** Incluye "calor", "relajamiento", "resfrío" y "mal aire" en el estómago

enriquecidos con la información científica disponible, precedente de otros medios para las mismas especies. Con ello no se trata de eludir los factores estructurales patógenos a nivel social o de buscar paliativos baratos que justifiquen la desigualdad, sino que, al partir de su trascendencia en el ámbito sanitario, reforzar el principio de autoconfianza y de autovaloración cultural de los conjuntos sociales más afectados en salud.

Lo anterior permite plantear que a través del trabajo con grupos focales, de educación y organización para la salud, es factible tener una aproximación a la morbilidad sociocultural de una comunidad rural. En relación a los grupos focales, es particularmente relevante tomar en cuenta a las mujeres-madres para que proporcionen la información, ya que ellas son las responsables de la salud a nivel familiar. Si se añaden como integrantes del conjunto poblacional a los terapeutas populares y/o tra-

dicionales, se pueden recabar datos provenientes del saber y la práctica de dos de los grupos ubicados por Menéndez (figura 2) que proporcionaron elementos para la conformación de un perfil epidemiológico sociocultural.

El estudio y análisis de los recursos terapéuticos utilizados por las responsables de la salud doméstica constituyen una vía de acceso indirecto a la morbilidad tal como la concibe la población; tal estudio permite inferir las entidades nosológicas tradicionales o populares, y completa el análisis de la demanda de atención de la morbilidad local. Así, los recursos locales para la atención de la salud, como parte del capital social y cultural de una comunidad, pueden ser el principio para la percepción del perfil epidemiológico sociocultural a nivel local.

Los estudios etnobotánicos se coadyuvan en la caracterización de la morbilidad de una región tal y como la percibe la población, especialmente en comunidades rurales e indígenas, al posibilitar así la vinculación operativa y disciplinaria de los estudios antropológicos, etnobotánicos y de salud pública.

La morbilidad inferida a través de la flora medicinal en uso, presenta un paralelismo en su frecuencia con respecto a la distribución de causas de consulta como están registradas por la institución oficial sanitaria a nivel local, además de que constituye un método indirecto de carácter aproximativo y complementario, útil para la construcción del perfil epidemiológico sociocultural; así, el porcentaje significativo de plantas medicinales utilizadas para enfermedades y/o padecimientos no incluidos ni forzosamente equiparables en la taxonomía nosológica oficial, son un reflejo de su prevalencia y magnitud.

En el marco de los estudios en etnomedicina, el análisis de las entidades nosológicas tradicionales o populares encuentra en la perspectiva epidemiológica sociocultural un sentido renovado que trasciende la catalogación de conceptos y recursos "folclóricos" de "los otros".²⁵ De esta manera se vinculan la caracterización de las entidades nosológicas populares o tradicionales con las tareas sanitarias. Las posibilidades abiertas con esta vinculación necesitan ser exploradas.

Desde el punto de vista aplicativo, es posible impulsar acciones colectivas para la apropiación social de la salud por parte de los conjuntos sociales subalternos —que van desde la elaboración conjunta con la población de un diagnóstico de salud (el cual además de aportar elementos para un estudio más completo, constituye de hecho un ejercicio de motivación y educación sanitaria, y un ele-

mento de participación social), hasta los procesos organizativos locales fundamentales para producir bienes materiales, culturales y de salud que apoyen su propio desarrollo autónomo, mediante elementos provenientes de las propuestas de investigación-acción como método, y de la vinculación con organizaciones locales como estrategia.

Es necesario recordar el término de "medicina invisible"²⁶ y hacer una paráfrasis: nos referimos a la vigencia de un perfil epidemiológico "invisible"; invisible, se entiende, para el salubrista y el planificador (figura 1). Se relegan los problemas que son difíciles de abarcar ideológica, operativa o culturalmente, como el alcoholismo y la desnutrición.²⁷ Tal inclinación expresa la necesidad de expandir un modelo biomédico necesario pero limitado, reflejo de una visión mecánica de la vida y la naturaleza, pues no es suficiente con reducir la vida a ciertos fenómenos moleculares para comprender la condición humana en la salud y la enfermedad.^{12,13,28}

La caracterización del perfil epidemiológico sociocultural permite tomar en consideración un conjunto de situaciones antes no detectadas; no implica el planteamiento de una intervención mecánica: de este conjunto es posible deslindar espacios de intervención y de no intervención, los primeros relativos a la expresión de daño orgánico evitable o de coincidencia parcial con la nosología médica oficial, reconociendo en tales espacios su eficacia resolutoria mayor. En cualquier caso, la detección de tal conjunto permite, sobre una base más precisa, derivar problemas de manera más adecuada.

A partir de lo anterior, es pertinente la aplicación integral de las técnicas presentadas, adecuadas a la diversidad cultural y florística aún existente en numerosas comunidades rurales y suburbanas de nuestro país. Al mismo tiempo que una necesaria reflexión compartida en torno a las posibilidades y limitaciones del paradigma racionalista en epidemiología, consideramos que a nivel operativo este estudio puede ser reproducido, modificado y mejorado. La participación activa y creativa de la población, la caracterización de la flora útil, y el estudio de las concepciones y prácticas populares en torno a la salud y la enfermedad constituyen elementos orgánicos viables en la propuesta de SILOS.

AGRADECIMIENTOS

A los campesinos integrantes de la Unión Regional de Ejidos y Comunidades del Sur del Estado de Puebla, por su participación en esta investigación; particularmente a las siguientes integrantes de su Comisión de Salud: Crisanta Ramírez, Isabel Castillo, Crisanta Alvillar, Juana Hernández, Inés Díaz, Belén Barbán, Inés Iriza, Josefa Vivar, Alicia Perca, Juliana Vega y Cirina Ramírez; al equipo CEIS, A.C., en particular a los doctores Luz Ma. Arenas, Alejandrina Cabrera y Jesús Reza; a la maestra . Abigail Aguilar y al señor Francisco Ramos por la identificación botánica de las plantas medicinales colectadas en la región; por último a los maestros Eduardo Menéndez, Carlos Zolla y Medardo Tapia por los aportes teórico-metodológicos relacionados con este trabajo.

REFERENCIAS

1. Pedersen D, Coloma C. Perspectivas de salud, organización social y modelo de comportamiento: estudios de caso en la Amazonía, Sierra y costa de Ecuador. Informe final de investigación: PAHODOC, PNSP/84-53). Quito, Ecuador: OPS, OMS y MSP, 1984.
2. Simons R, Hughes Ch, ed. Culture Bound Syndromes USA: Reidel Publishing Co. 1985.
3. Littlewood R, Lipsedge M. The culture-bound syndromes of the dominant culture. London: Trascultural Psychiatry, 1986.
4. Zolla C *et al*. Medicina tradicional y enfermedad. México: CIESS, 1988.
5. Harant H, Delagey A. La epidemiología. México: Fondo de Cultura Económica, 1986.
6. Menéndez E. Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, Cuadernos de la Casa Chata, 1990:179.
7. Peacock J. El enfoque de la antropología. Barcelona: Herder, 1989.
8. Bonfil G. México profundo. Una civilización negada. México: Grijalbo, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, 1990.
9. Menéndez E. Medicina tradicional o sistemas práctico ideológicos de los conjuntos sociales como primer nivel de atención. En: El futuro de la medicina tradicional en la atención a la salud de los países latinoamericanos. México: CIESS, 1988:37-62.
10. OPS/OMS. Manual sobre el enfoque de riesgo en la atención materno infantil. Washington: OPS/OMS Serie Paltex, 1986:9-44.
11. Schlaepfer-Pedrazzini L, Infante-Castañeda C. La medición de salud: perspectivas teóricas y metodológicas. Salud Pública Mex 1990;32:141-155.
12. Capra F. El punto crucial. Ciencia, sociedad y cultura naciente. Barcelona, España: Integral, 1985.
13. Queiroz M de S. O paradigma mecanicista da medicina occidental moderna: uma perspectiva antropológica. Rev Saude Pub 1986;20:309-317.
14. De Roux G *et al*. Participación social y sistemas locales de salud. En: Paganini JM, Capote RS, ed. Los sistemas locales de salud. Washington: OPS, 1990.
15. Scrimshaw S, Hurtado E. Procedimientos de asesoría rápida para programas de nutrición y atención primaria de salud. Enfoques antropológicos para mejorar la efectividad de los programas. UCLA Latin American Center Publications 1988.
16. Gajardo M. Investigación participativa. Propuestas y proyectos. Rev Lat Est Educ 1983;13(1):50-83.
17. Lamine D. Evaluación del área de influencia del Plan Chiautla, Puebla. (Tesis) Universidad Autónoma de Chapingo, México, 1978.
18. Legorreta MC. La lucha por la tierra de los comuneros de Jolalpan, Puebla, de 1910 a 1980 y sus perspectivas revolucionarias (Tesis). UNAM, México, 1986.
19. Rzedowsky J. Vegetación de México. México: Limusa, 1981.
20. Hersch P. Informe técnico final. Proyecto Conacyt. Morelos, México: INAH, 1988. PCCSCNA-050480.
21. Lozoya X, Aguilar A, Camacho R. Encuesta sobre el uso actual de plantas en la medicina tradicional mexicana. Rev Med del IMSS, México 1987;25:283-291.
22. Berlin B *et al*. La herbolaria médica Tzeltal-Tzotzil en los Altos de Chiapas: un ensayo preliminar sobre las cincuenta especies botánicas de uso más frecuente. Procomith, A.C., México: Gobierno del Estado de Chiapas, 1990.
23. Soto JC. Las plantas medicinales y su uso tradicional en la Cuenca del Río Balsas; estados de Michoacán y Guerrero. (Tesis) UNAM, México, 1987.
24. Oakley P, Marsden D. Consideraciones en torno a la participación en el desarrollo rural. Ginegra, Suiza: Oficina Internacional del Trabajo, 1985.
25. Gramsci A. Cuadernos, XI. Observaciones sobre el folclore. México: Siglo XXI, 1981.
26. Lozoya X, Zolla C. La medicina invisible, introducción al estudio de la medicina tradicional en México. México: Folios, 1983.
27. Rodríguez L. La entidad nosológica, ¿un paradigma? Revista Cubana de Administración en Salud 1982;8(3): 253-288.
28. Pedersen D, Baruffati V. Health traditional medicine cultures in latin America and the Caribbean. Soc Sci Med 1985;21(1):5-12.