



**DRAFT**



Foto : Valérie Dupont

**MARCO DE REFERENCIA**  
Proyecto transversal AS- DSC\*  
Médicos del Mundo

**\* Acceso a la salud &  
determinantes socioculturales.**

---

WE CARE FOR THOSE WHO THE  
WORLD IS GRADUALLY  
FORGETTING

1/58

NOUS SOIGONS  
CEUX QUE LE MONDE  
OUBLIE PEU À PEU



**DRAFT**



## **MARCO DE REFERENCIA**

Elaborado por Magali Bouchon, antropóloga consultante  
en el STAO, bajo la dirección del grupo de trabajo AS-  
DSC.



# DRAFT

Este marco de referencia forma parte del proyecto “Acceso a la atención sanitaria y determinantes socioculturales” de Médicos del Mundo.

---

WE CARE FOR THOSE WHO THE  
WORLD IS GRADUALLY  
FORGETTING

3/58

NOUS SOIGONS  
CEUX QUE LE MONDE  
OUBLIE PEU À PEU



**DRAFT**

## Índice

<b>Introducción .....</b>	<b>5</b>
<b>Contenido del marco.....</b>	<b>5</b>
<b>1. Claves de los determinantes socioculturales .....</b>	<b>6</b>
1- La dimensión cultural de la salud.....	7
2- Las cuestiones sociales en la gestión de la sanidad.....	11
<b>II- Ensayos de descifrado para uso de los profesionales: Interpretación de las dificultades y dificultades de interpretación .....</b>	<b>18</b>
1- La conducta individual frente a la enfermedad y el tratamiento .....	18
2- La gestión colectiva de la sanidad.....	25
3- Advertencias frente a la visión culturalista y a la tentación del etnocentrismo .....	30
<b>III- Cuestiones de método... de la alteridad al (re)conocimiento .....</b>	<b>32</b>
1- Diagnóstico de los factores socioculturales en los comportamientos de salud: entender para actuar: .....	32
2 - Estrategias interculturales en la planificación: encontrar una lengua común .....	34
3- Establecimiento y seguimiento .....	35
4- Evaluación final: Tabla evaluativa detallada (modelo en apéndice) .....	38
<b>Conclusión y perspectivas .....</b>	<b>39</b>
<b>Bibliografía por temas.....</b>	<b>40</b>
<b>Apéndices .....</b>	<b>47</b>
<b>Enlaces útiles .....</b>	<b>55</b>



# DRAFT

## Introducción

Este marco de referencia está destinado a los profesionales de la acción humanitaria que trabajen tanto en Francia como en el extranjero y que se relacionan con poblaciones de diferentes orígenes culturales. Su finalidad es subrayar la importancia del diálogo y del encuentro entre los programas de salud y sus beneficiarios para exista un mayor conocimiento de los valores, las normas y las necesidades de cada población.

## Contenido del marco

El objetivo de este marco de referencia es sensibilizar a los profesionales sobre la problemática de la influencia de los determinantes socioculturales en el acceso a la atención sanitaria. Los temas desarrollados pretenden aportar una reflexión sobre las diferentes formas de gestionar y de entender la salud, la enfermedad y la atención sanitaria tanto por parte de las poblaciones como de los profesionales. Se trata de permitir a los profesionales una apertura interdisciplinaria para aportar así una mirada crítica al encuentro que constituye la acción humanitaria.

Este marco girará en torno al tema central “acceso a la atención sanitaria y determinantes socioculturales”. Para ello, se dedicará la primera parte a la definición y a la identificación de estos “determinantes socioculturales” del acceso a la atención sanitaria para que podamos entender mejor las claves de éstos.

En la segunda parte, se propondrá una forma de descifrar las conductas individual y colectiva de las poblaciones y del personal sanitario y se darán respuestas a las preguntas que con más frecuencia se plantean los profesionales que trabajan sobre el terreno sobre lo que representan la enfermedad (la enfermedad como hecho social, como experiencia personal y como acontecimiento cultural colectivo con sus normas y limitaciones), las formas de atención (la relación entre el paciente y el personal sanitario), los aspectos culturales del tratamiento (itinerarios terapéuticos), las dinámicas sociales de los sistemas médicos tradicionales y de la articulación entre los diferentes sistemas médicos (pluralidad médica).

En la tercera parte de este marco de referencia se presentarán las propuestas relacionadas con la metodología a seguir en los procedimientos internos y las diferentes herramientas que permiten a los profesionales desacelerar con su práctica diaria la influencia de la dimensión social y cultural en la atención sanitaria. Para contribuir a la reflexión sobre la mejora de la atención sanitaria y la relación de los pacientes con el personal sanitario, este marco subraya la importancia de la mirada crítica de los profesionales sobre la postura que ellos mismos deben adoptar, de forma que hagan balance de su propia práctica y quede patente la importancia de tener de cuenta los determinantes socioculturales en la definición, la implantación, el seguimiento y la evaluación de los proyectos.

Este marco pretende mejorar el encuentro que se produce en el proceso de ayuda humanitaria, no desde una visión utilitaria ni utilitarista, sino con una preocupación ética por los proyectos sobre la población vista a través de toda su riqueza cultural. Quedará pendiente desarrollar el debate y la reflexión sobre la importancia de los determinantes socioculturales para el acceso a la atención sanitaria en el conjunto de la asociación Médicos del Mundo.



## 1. Claves de los determinantes socioculturales

### -Contexto internacional: determinantes socioculturales, una preocupación común

Durante los últimos años, el debate sobre los problemas del acceso a la atención sanitaria ha girado en torno a los efectos de la iniciativa de Bamako (fin de la atención sanitaria gratuita), que ha llevado a la exclusión del sistema sanitario de las poblaciones más pobres. A pesar de que en los últimos años han surgido numerosas iniciativas que se esfuerzan por mejorar la accesibilidad financiera y la frecuentación de los servicios sanitarios, todavía no se suelen tener en cuenta los determinantes socioculturales en la limitación del acceso a la atención sanitaria. El trabajo que lleva cabo Médicos del Mundo desde hace dos años en América Latina y en el Caribe constituye una primera respuesta a esta problemática. Durante las visitas a México, Bolivia y Nicaragua se organizaron cursos sobre interculturalidad y se elaboraron una serie de herramientas pedagógicas en cooperación con los ministerios de salud y con asociaciones de la sociedad civil. Este marco de referencia nació a partir de una de las misiones de Médicos del Mundo y es la continuación de otros proyectos ya puestos en marcha por estas mismas misiones con la cooperación de los socios locales que participaron directa o indirectamente en el proyecto. A la vista de estas iniciativas, es importante que Médicos del Mundo extienda entre los profesionales una nueva visión sobre la importancia de los determinantes socioculturales para que sean conscientes del desafío que éstos implican.

La inclusión de la cultura en proyectos de ayuda sanitaria no es un fenómeno nuevo pero, sin embargo, sigue siendo un desafío que es importante señalar. La inclusión de la cultura en el ámbito de la salud suele parecer inapropiada a los responsables de los programas o puede parecer difícil frente a la urgencia de algunas situaciones: encuestas que llevan demasiado tiempo, análisis antropológicos complejos, resultados demasiado críticos, etc. Sin embargo, podemos constatar que la demanda cultural de los medios médicos y de los profesionales que trabajan sobre el terreno es especialmente importante. Prueba de ello es el creciente número de intervenciones de antropólogos en los cursos para personal sanitario. La incompreensión frente a prácticas sanitarias diferentes, la eficacia relativa de la medicina frente a algunas patologías o la dimensión ética de la inclusión de la "cultura" en la relación pesan efectivamente sobre los proyectos sanitarios.

Para hacer frente a una demanda creciente, la OMS publicó en 2002 un documento estratégico sobre las medicinas tradicionales que tenía por objetivo dar a conocer estas medicinas, ayudar a su integración en los otros sistemas de salud y preservar y proteger los conocimientos de la medicina tradicional (subrayando la complejidad de este asunto y adoptando una actitud muy prudente sobre los intentos de integración de curanderos tradicionales en los programas de atención primaria)<sup>1</sup>.

El respeto de los derechos humanos y, por lo tanto, del derecho a la diversidad cultural se manifiesta como una necesidad cada vez más evidente del sistema de la ONU y de los gobiernos (Hugo Chávez ha llevado a cabo acciones especialmente importantes para la integración de América Latina y del Caribe y para la preservación de su identidad) y de todos los agentes del desarrollo. La reflexión sobre el contexto sociocultural es indudablemente uno de los ejes principales de una nueva política de ayuda. Esta postura

<sup>1</sup> Foster, G.M., 1983 « Introduction à l'ethnomédecine », en *Médecine traditionnelle et Couverture des Soins de Santé*, Genève, OMS: 17-24.



# DRAFT

que permite que tengan lugar intercambios fructíferos entre poblaciones receptoras y profesionales de la ayuda humanitaria es la que Médicos del Mundo propone desarrollar aquí.

## -Definición de los determinantes socioculturales

¿De qué hablamos cuando nos referimos a los determinantes socioculturales? ¿Por qué nos interesan? ¿Qué valor añadido puede aportar un estudio de los determinantes culturales al diálogo entre los profesionales y los beneficiarios?

Podemos empezar por responder a esta última pregunta. La eficacia de las estrategias puestas en marcha por los programas tiene que hacer frente a la complejidad de los comportamientos y de las percepciones sanitarias de cada población. Es decir, no siempre se entienden los programas e incluso, aunque se asimilen, no siempre puede aplicarse debido a numerosas razones. Por ello, vamos a analizar la influencia de estos determinantes socioculturales en el acceso a la atención sanitaria.

Para empezar, **los determinantes socioculturales pueden definirse como el conjunto de normas, valores, conocimientos y prácticas populares relacionados con la salud que determinan las formas de actuar, de expresar y de entender la salud, la enfermedad o la atención sanitaria...**

## 1- La dimensión cultural de la salud

### -Las creencias sobre la enfermedad y el cuerpo: confrontación de los conocimientos profanos y los conocimientos y prácticas biomédicas

*«La enfermedad puede transmitirse por la mirada», «el agua potable, es el agua clara, que sabemos de donde viene», «un niño que goza de buena salud es un niño gordo»*

Hay que entender que la salud, las enfermedades, el cuerpo o el dolor se pueden entender de formas muy distintas según el contexto cultural. Para comprender la dimensión cultural de la salud, se puede utilizar el ejemplo de la alimentación, que genera y da forma a numerosas creencias sobre la salud que difieren de los conocimientos científicos. No es necesario ir hasta Papúa o conocer las costumbres de los yanomamos para entender la dimensión cultural de la alimentación. En Europa, aún en tiempos de la revolución de Pasteur, la población creía en las virtudes de la ingestión de sangre fresca para combatir la anemia o el agotamiento. Esta creencia no tenía nada que ver con las propiedades nutricionales de la sangre sino que se trataba sobre todo de un **razonamiento analógico**. En esta misma línea, pensamos que la carne roja y el vino dan fuerzas al trabajador mientras que la pechuga de pollo sienta bien a los convalecientes. Hace algunos años, se admiraba a las personas que comían mucho y, según las creencias populares, el secreto para estar sano era tener suficiente comida. Por otro lado, en muchos lugares del mundo, los episodios diarreicos no son enfermedades sino un mecanismo natural de depuración de toxinas que se acumulan en el cuerpo a causa de la alimentación (*«Limpia el estómago y elimina la suciedad»*).



## DRAFT

Hoy en día, en Europa, las creencias sobre la alimentación y la salud ya no son «carne roja y sangre fresca: fuerza» sino «pescado: memoria» «cómete la sopa si quieres crecer», «comer zanahorias es bueno para ponerse moreno», etc. Otras formas de medicina alternativas, que tienen las mismas creencias, juegan mucho más con los valores imaginarios de los alimentos que nos llevan a un razonamiento analógico. Dicho de otra forma, transformamos las cualidades nutritivas de los alimentos en cualidades abstractas e incluso mágicas. Las vitaminas, los oligoelementos, los antioxidantes de los que oímos hablar en la televisión o vemos una revista forman parte de nuestro vocabulario y se convierten en conceptos abstractos, por no decir mágicos, ya que su consumo nos garantiza (según los anuncios) juventud, longevidad, resistencia a las enfermedades propias del invierno, piel suave, etc. Nos encontramos en el ámbito del saber profano. Es interesante el hecho de que, para parecer creíble, este saber profano puede utilizar las ideas o, al menos, el lenguaje científico que se “manipula” para darle un nuevo significado. Al escuchar esta terminología científica creemos en sus propiedades aunque no tengamos la menor idea de cómo funcionan ni el porqué. Tanto en Occidente como en los países del sur se tiene la idea de que la alimentación de nuestros antepasados era más sana (aunque la calidad y el control no hayan cesado de aumentar y actualmente utilizamos, por ejemplo, la pasteurización y la cadena de frío) y se piensa también que los métodos tradicionales son mejores y más seguros. En estos casos, se da un fenómeno de identificación con la tierra y con el suelo que se corresponde con las creencias del mundo y con sus cualidades naturales. También solemos ser bastante fieles a los valores que defienden los mayores y no nos desligamos de los que dicen nuestros hermanos mayores aunque sepamos que no es del todo cierto. **Es importante ser consciente de que la innovación, como la introducción de tecnologías o de principios biomédicos, puede resultar agresiva.** De este modo, algunos mensajes de prevención en salud infantil como los anuncios sobre malnutrición de la AME (Aide Médicale d'État), se contradicen con las prohibiciones alimenticias de las creencias populares. Existen algunas creencias específicas a la primera infancia: en África, las embarazadas no pueden comer carne roja para evitar la hemorragia en el momento del parto. Tienen que evitar también los plátanos «para que los niños no le salgan blandengues» y algunas frutas ácidas que harían que el niño tuviera mal carácter. Las poblaciones no se unirán a un programa si no se pueden aplicar muchas de estas prácticas de prevención mágico-religiosas por considerarse que no respetan las normas sanitarias modernas. Por ejemplo, la práctica de Tohenthal (que consiste en hacer que el recién nacido beba agua lavada en versículos coránicos) es incompatible con los principios de la AME.

Por ello, es importante entender las creencias que existen en cada cultura a la hora de transferir la tecnología. Cabe destacar que la **introducción de la biomedicina no tiene lugar en términos de “saber” e “ignorancia”**, sino integrando nuevos datos en las formas de pensar anteriores. Lo que ocurre en estos casos es que estas dos formas de pensar se unen y **los contenidos de los programas sanitarios no son ni rechazados ni aceptados tal cual sino parcialmente integrados** gracias a un trabajo en colectivo por armonizarlos. A partir de ese momento, lo importante es que cada programa sanitario analice cuáles de sus prácticas médicas pueden cuestionar los fundamentos culturales para así evitar este tipo de creencias: mujeres que piensan ser inmunes al paludismo<sup>2</sup>, que se niegan a vacunarse por miedo a quedar estériles o que quieren construir letrinas para evitar la rubéola.

<sup>2</sup> Jaffré Y, 1989, *Le forgeron, la pintade et la vaccination*, Bobo-Dioulasso: OCCGE



Cabe preguntarse: ¿Qué pasa con estas creencias populares relacionados con la salud y la enfermedad cuando se topan con nuestros programas de salud, elaborados a partir de normas biomédicas? El discurso médico, que tiende a universalizar, debe reflexionar sobre estas prácticas para evitar que algunas poblaciones se muestren reticentes, limitando así la aceptación y la innovación.

## -¿Por qué son complejos los itinerarios terapéutico?

*«Me desmoralizo cuando veo a estas mujeres que llegan a una primera consulta con metástasis ósea y pregunta la familia: ¿Por qué habéis esperado tanto? ¿Por qué no habéis venido antes al hospital? Me responden que en un principio pensaron en alguien que pudiera remediar el mal de ojo, luego fueron al curandero y les dijo: se pondrá buena, se pondrá buena. Y después no les quedaba dinero y tuvieron que esperar más tiempo y vender un buey para poder venir aquí» Responsable del servicio de hematología en un hospital de Mali.*

En el oeste de África, el cáncer es una enfermedad que todavía no se ha despojado de su carácter "diabólico". Este hecho lleva a los enfermos de cáncer a someterse a tratamientos ineficaces que llevan a un empeoramiento de su salud y pueden provocar daños irreversibles. Este carácter diabólico proviene de una interpretación tradicional: el tumor maligno representa un maleficio producido por una flecha envenenada. La forma de bola que adquiere el tumor indica que el maleficio está dentro del cuerpo del enfermo<sup>3</sup>. Para deshacerse de este se necesita la ayuda de un curandero. Esta interpretación de la enfermedad la encontramos sobre todo en las zonas rurales, donde la población tiene menos acceso a la información sanitaria. Son pocos los enfermos que relacionan la aparición de un tumor y la degradación de su estado de salud con un cáncer. En cuanto al dolor, se considera que es un síntoma transitorio y constituye el primer motivo por el que el enfermo acude a la consulta. Para curarse, los enfermos piden consejo a los vecinos, a la familia y a los amigos. Si desde un principio se percibe el síntoma como diabólico, recurrirán a la medicina tradicional e irán de curandero en curandero. Fracaso tras fracaso, el tiempo pasa y cuando van al hospital y encuentran una buena atención suele ser demasiado tarde. A los malos consejos se añade la complejidad de los múltiples tratamientos que, lejos de ser los más adecuados para un episodio mórbido, salen muy caros al paciente. *Ejemplo de un caso relatado por un médico maliense:*

*«Mis enfermos llegan después de haber agotado completamente sus recursos porque los han invertido en otros asuntos. Llegan con retraso y sin recursos tanto para el diagnóstico como para hacerse cargo del tratamiento una vez diagnosticados. Creo que esto se debe a dos razones: la primera razón es, en mi opinión, el fenómeno de las creencias sobre la enfermedad, que hace que la gente empiece a buscar la forma de curarse en su entorno. En general, lo que ocurre es que el enfermo habla con otra persona que le dice «ah, yo tenía eso y me curó el curandero de al lado». Empiezan por ahí y el curandero lo intenta y lo intenta pero no lo consigue. Ese es el primer aspecto, sin contar las veces en que dicen «esa enfermedad, es cosa de brujería, lo primero que tenemos que hacer es esto..» y así pierden tiempo. El otro aspecto es que empiezan por el médico más cercano porque algún conocido lo recomienda diciendo «yo tenía una enfermedad similar y me curó este médico». Entonces van a ver al médico, que tarda en hacer el diagnóstico porque no está cualificado.*

*En muchas ocasiones, cuando los enfermos recogen una receta y no saben qué hacer con ella, o cuando van de consulta en consulta porque no ha funcionado, entonces se encuentran con otra persona que les dice «ver a ver a fulanito», y eso hace que pierdan el tiempo. Está claro que ahí hay un problema de competencia de los CSCOM<sup>4</sup> y de las "batas blancas".Ejemplo del viejo X, que tenía un mieloma, ¿qué ocurrió? El viejo ni siquiera fue al curandero, le dolía el cuello a causa de un pequeño traumatismo y fue directamente a ver a un médico que le prescribió unos analgésicos y ya está. Cuando le volvió a doler, fue a ver a otro médico que le prescribió más analgésicos. Le volvió a doler, pero era un asunto demasiado complicado para el médico, que no supo enviar al*

<sup>3</sup> Se trata del principio de pensamiento analógico. Para más detalles, ver la segunda parte.

<sup>4</sup> CSCOM: Centro de salud comunitario.



# DRAFT

*paciente al especialista adecuado. Y cuando ya se disponía a volver al pueblo después de tres consultas, dio con un joven médico que le recomendó que viniera a verme. Al escuchar la historia de este paciente, queda patente que hay un problema de comunicación y de interpretación incluso por parte de los médicos».*

El estudio de los itinerarios terapéuticos puede ser interesante también para entender los comportamientos preventivos. Es difícil poner en marcha acciones de prevención basadas en los primeros síntomas de una enfermedad. En numerosos países, debido a razones económicas y prácticas, la primera reacción ante la manifestación de los primeros síntomas de la enfermedad es observar. El enfermo se toma un tiempo para observar la evolución de la patología, considerando que la salud, o al menos el consumo de los cuidados médicos constituye una pesada carga tanto de dinero como de tiempo. Más exactamente, no se consulta si se siente que la enfermedad es benigna. Además, no se recurre a la atención sanitaria si uno está sano (aunque los cuidados sean gratuitos, el tiempo de espera es un tiempo que no se dedica a buscar dinero).

Las entrevistas con madres de diferentes zonas culturales demuestran que tienen una percepción del bienestar de sus hijos opuesta a la que se sobreentiende en cuanto al seguimiento del crecimiento y el desarrollo normal del hijo. Existen profundas diferencias entre el punto de vista de las madres sobre la salud del hijo y las respuestas tan técnicas que aporta la educación sanitaria. De esta forma, en muchas culturas, se considera que un niño goza de buena salud y tiene un crecimiento y un desarrollo normal si no padece ninguna enfermedad y está gordo (un niño fuerte es un niño robusto). Para las madres, aprender a andar y a comer son etapas fundamentales en el crecimiento y el desarrollo. La importancia que se les da a estas etapas y los comportamientos con los que se asocian (prohibiciones alimenticias, protección mágico-religiosa) indican que las madres desean que el niño sea autónomo lo antes posible. Estas dos etapas (andar, alimentación adulta) y puede que también el hecho de aprender a hablar constituyen sus índices de crecimiento y desarrollo satisfactorios. Un estudio<sup>5</sup> realizado en África Occidental demuestra que, así como los estados graves de malnutrición (marasmo y kwashiorkor) se perciben como un problema, otras formas de malnutrición crónica, moderada o leve se cree que es el estado normal del niño. Cuando los padres se dan cuenta de que el hijo no está bien (estados graves) no suelen pensar que se puede tratar de una enfermedad relacionada con la nutrición. La etiología local difiere significativamente del paradigma biomédico, afirmando que las causas son naturales, sobrenaturales o que están relacionadas con desórdenes sociales. No se establece relación alguna entre la malnutrición y la alimentación del niño. Estas percepciones tienen una gran influencia en los itinerarios terapéuticos, ya que en algunos casos se podrá interpretar la malnutrición como un ataque sobrenatural y se recurrirá en primer lugar a los marabutos. Una consecuencia directa es la necesidad de adaptar los mensajes dirigidos a las poblaciones, incluyendo a los curanderos.

Algunos puntos fundamentales para entender los itinerarios terapéuticos: dolor como punto de partida, interpretación cultural del trastorno, consulta a personas cercanas y múltiples intentos de cura en el entorno del paciente.

Algunos puntos fundamentales para entender los itinerarios terapéuticos: dolor como punto de partida, interpretación cultural del trastorno, consulta a personas cercanas y múltiples intentos de cura en el entorno del paciente.

<sup>5</sup> Suremain C.E, 2000



# DRAFT

## -Cuestión de lingüística

(El papel de los idiomas como factores semánticos y cognitivos)

La cuestión del idioma utilizado en la atención sanitaria es una de las dificultades, ya que se introducen al mismo tiempo palabras nuevas y conceptos nuevos: ¿Cuántos idiomas son capaces de dar una traducción a “asepsia”? El conocimiento o el desconocimiento de los idiomas locales constituye evidentemente un determinante importante en la relación personal sanitario/paciente y, por lo tanto, en el acceso a la atención sanitaria. El enfermo utiliza para hacerse entender el idioma y las nociones que conoce, y si el médico no pertenece a la misma etnia o procede de otro país, su cultura de origen no le permitirá entender todo lo que dice el enfermo. Por esta razón, la comunicación personal sanitario/paciente se limita a lo que cada uno es capaz de entender a través del embrollo léxico, semántico y semiótica.

Por otro lado, ¿qué significa para un enfermo «tiene usted una hemianopsia lateral homónima»? Y para el personal sanitario, ¿qué significa «me duele por fuera pero no por dentro»? **En el lenguaje oral, el sistema de salud moderno es complejo: allí se encuentran interlocutores (personal sanitario/paciente) que, aunque utilicen el mismo idioma, no hablan "el mismo lenguaje".** El enfermo puede describir el dolor o los síntomas; puede sugerir una etiología o darla por supuesto sin poder o querer decirlo; puede pedir un tratamiento sin aceptar desvelar el resto...

Lo que dice un médico siempre será interpretado por el paciente y lo que éste último entenderá dependerá mucho de la manera en la que el terapeuta haya sabido transmitir el mensaje.

## 2-Las cuestiones sociales en la gestión de la sanidad

*«...Si no se padece la enfermedad que le interesa, ¡se puede morir!6»*

Los pacientes que se quejan de no ser escuchados y que se mostrarán pasivos y rechazarán seguir un programa, los médicos que realizan intervenciones que serán reinstrumentalizadas, éstas son solo algunas de las razones evocadas para explicar las dificultades de un programa... Únicamente de programa en programa se suelen cometer a menudo los mismos errores. La forma cambia pero el fondo del problema sigue siendo el mismo. Por tanto, es necesario intentar comprender las dificultades y aprender de los errores. Las cuestiones sociales de la sanidad pueden ser un punto de inicio para esta comprensión.

### -los malentendidos de la relación social médico/paciente

*«Las convenciones sociales rigen el uso de la observación» Le Breton, 1995*

Tanto en el Norte como en el Sur, las poblaciones se quejan a menudo de la calidad de la sanidad, más particularmente de la incapacidad de los profesionales de la sanidad para establecer con ellos una relación de calidad. En su práctica médica, suele pasar que los

---

<sup>6</sup> B. Dujardin, 2003



# DRAFT

médicos se hallen muy lejos de las preocupaciones del paciente, más preocupados por las responsabilidades o por no cometer errores en el diagnóstico... En la compleja relación entre los médicos y los pacientes, la patología desempeña un papel fundamental en la interacción. Si por una parte la patología influye en la duración de la interacción, también modifica la forma de ésta. De hecho, las patologías agudas no involucran a médicos y pacientes del mismo modo que las patologías graves y crónicas en las que el largo tiempo de tratamiento permite un conocimiento más profundizado de las dos partes. En los centros de sanidad públicos que tratan patologías agudas de África Occidental, los antiguos estudios<sup>7</sup> demostraron, desgraciadamente, que existen importantes disfunciones en la acogida de los pacientes así como en el tratamiento y cuidados prestados a los pacientes. De manera global, y a pesar de las reformas de los sistemas sanitarios y las formaciones destinadas a los médicos, los obstáculos impuestos al correcto funcionamiento de los servicios siguen siendo demasiado amplios y constantes: existe una gran distancia social, una acogida deplorable, una retención de la información sanitaria de los pacientes, numerosas negligencias en la calidad de la atención proporcionada. La relación, exceptuando a una minoría de privilegiados, es breve y a veces violenta: se ha podido constatar la inexistencia del otro como paciente. Esta forma de relación interactuará, por tanto, en gran medida en el comportamiento de los pacientes, explicando el recurso tardío y la preferencia del sistema tradicional, más humano.

**La queja de la población es reflejo de un deseo, el de ser mejor escuchados, comprendidos e informados para poder participar en las decisiones sobre la salud que les conciernen. Por cuestiones de dificultades de comunicación, los pacientes son cada vez más ajenos al funcionamiento del sistema médico moderno.**

*Durante una consulta realizada en un servicio de medicina interna, una paciente acudió por dolores en el vientre. Se le habían realizado ecografías, pero ella no las cogió porque nadie se lo había dicho. El médico se informa para saber si le habían explicado los resultados y lo que habían dicho los anteriores médicos. Ella intenta entonces acordarse de fragmentos de las conversaciones mal entendidas para poder comunicarlas:*

- « - Me dijeron que tenía segmentos biliares
- ¿Qué es eso de segmentos biliares?
  - Ah, no lo sé, usted es el médico. Me dijeron que tenía el apéndice inflamatorio
  - ¿Cómo? ¿Cuándo fue eso?
  - En enero, creo
  - De acuerdo. Será mejor que vuelva a hacerse los exámenes y que luego venga a verme (...)

Esta primera conversación condiciona, a menudo, la continuación, la eventual consulta posterior. Sucede a menudo que el paciente se desanima ante la ausencia de respuesta de esta primera consulta. La repetición del error suele hacer surgir la duda en cuanto a la eficacia del médico y puede llegar hasta la desconfianza del sistema hospitalario. El paciente que deposita todas sus esperanzas en la medicina moderna y que no obtiene resultados tangibles sin comprender los motivos, ya que no recibe ninguna información, se desanimará poco a poco y se decantará por otro tipo de prácticas, por otro tipo de medicina: «el doctor no me ha quitado el mal» África.

La relación entre el médico y el paciente es, por tanto, muy importante en el proceso del tratamiento, así como la atención de los familiares, ya que esta relación influirá sin duda alguna en la confianza y en el sentimiento de eficacia no solo del médico sino también del programa y, por tanto, de la utilidad de los servicios sanitarios, tanto en el aspecto curativo como en el preventivo: «No tienen demasiado tiempo para hablar con los pacientes y esto influye en el

<sup>7</sup> Y. Jaffré y J.P. Olivers de Sardan, 2003



## DRAFT

grado de confianza. A veces sucede que los pacientes, tras acudir al hospital, van a consultar al curandero porque no han comprendido nada o piensan que no se le ha atendido correctamente. Tomo como ejemplo la depreanocitosis: es una enfermedad crónica, basta con que el paciente comprenda que es algo genético y que un curandero no podrá eliminársela, y basta con unas medidas de prevención de las crisis para disfrutar de un buen nivel de comodidad, pero el paciente que no logra entenderlo seguirá sufriendo, habrá ido al médico una vez, dos veces y sus crisis no habrán desaparecido, así que intentará otra cosa, buscará el todo por el todo que, en general, será el curandero» Un médico

En la relación médico/paciente, es necesario interesarse por la manera en la que se realiza el tratamiento, el cuadro físico, el personal, la forma de abordar la enfermedad y de proponer un tratamiento: una enfermedad crónica mal explicada por falta de tiempo alejará al paciente hacia otros tipos de terapia, tratamientos más eficaces porque prometen una cura.

### -las estrategias de grupo: familia y sociedad que rodea a la atención sanitaria

Cada cultura imprime a la enfermedad su marca o, más bien, le confiere un estatus dentro del grupo. Hay enfermedades que se afrontan en soledad y cuyas consecuencias sociales son marginales, mientras que otras establecen lazos y estatus sociales como las ETS o los problemas de fecundidad. Algunas enfermedades no precisan más que un tratamiento, otras, más estigmatizadas, ponen en juego la identidad del paciente, situándolo en el ámbito patológico y social.

El Sida sigue siendo una enfermedad que marca al paciente, es una enfermedad «vergonzosa». Además de las contaminaciones en las transfusiones, el Sida hace referencia a una inestabilidad sexual o al consumo de drogas. En algunos países, la prevención se enfrenta a ciertos significados: comprar o aceptar un preservativo es sinónimo de «promiscuidad» sexual.

Por ello, **disponer de un medio de tratamiento no significa siempre poder utilizarlo: las acciones pueden enfrentarse a su puesta en práctica y al ámbito privado de las personas:** se pueden observar casos de fuerza, conflictos, que implica la modificación de una costumbre, de una práctica en el seno de la familia o de un grupo: el poder de los ancianos opuesto a ciertos tipos de innovación, el temor a marginarse siguiendo la acción propuesta: «*Si mi madre me ve con un preservativo en el bolso, creará enseguida que me acuesto con cualquiera, no puedo coger ni los que dan gratis, es demasiado arriesgado. Mis padres me pegarían y mis amigos se reírían de mí, contarían cosas por ahí...*»

Otros estudios demuestran que algunos modelos de acciones como aquéllos sobre la supervivencia del niño se centran en determinantes individuales de la madre, no dan cuenta de la dimensión social del comportamiento de la sanidad. Según esta lógica, los papeles principales desempeñados por el padre del niño y los restantes miembros de la familia son raramente abordados. No obstante, la institución familiar ocupa un lugar central en la gestión de la sanidad, en la medida en que la pertenencia social del niño se inscribe en el grupo familiar.

Para ilustrar este determinante, tomemos el ejemplo de una investigación antropológica en colaboración con los epidemiólogos de la desnutrición, en los retrasos de crecimiento en Brazzaville<sup>8</sup>. El objetivo era comprender el impacto de la desigualdad de las condiciones materiales de vida sobre el estado de salud de los niños. Este estudio fue concebido para probar una hipótesis tan banal que parecía apuntar una evidencia: la de la correspondencia entre el estado de salud de los niños y el nivel económico de los padres. Sabiendo que

<sup>8</sup> Gruénais M.E, 1985



## DRAFT

muchas investigaciones realizadas en Europa, Estados Unidos y en los países del tercer mundo han demostrado que las poblaciones más pobres eran aquellas cuyo estado de salud era el más precario, podemos preguntarnos si sería útil derribar una vez más una puerta abierta. Únicamente los resultados de este estudio han dado unos resultados paradójicos. Se ha observado que los niños que sufrían una grave desnutrición pertenecían a hogares cuyo nivel socio-económico parecía totalmente satisfactorio, lo que ponía de relevancia la existencia de una relación aparentemente evidente entre la deficiencia del estado nutricional y el nivel de vida. La explicación se buscó en las rupturas de solidaridades familiares que situaba a la madre en un nivel en el que era imposible hacerse cargo adecuadamente de su hijo. Cuando se trató de proceder a la investigación epidemiológica, algunas cuestiones planteadas en el cuestionario, y formuladas teniendo en cuenta los estudios de caso, permitieron identificar los indicadores de ruptura de solidaridad (alejamiento genealógico de la madre con respecto al cabeza de familia, el estado civil exacto de la madre, etc.) Los tratamientos estadísticos permitieron, por tanto, identificar una población de niños gravemente desnutridos para los que los factores de riesgo habituales, como un factor de orden fisiológico como el peso en el momento del nacimiento, u otros factores relativos al nivel socio-económico global de los hogares dejan de ser significativos mientras que se vuelven significativos los datos relativos a la familia y al estado civil de la madre.

Por tanto, si los factores sociales influyen en los retrasos de crecimiento severos, ¿no sería conveniente adaptar los programas a los diferentes grupos de riesgo redefinidos en función de criterios sociológicos?

**Las acciones sanitarias no se aplican más que para los principios biomédicos mientras que para la población estas acciones se aplican en una dimensión que no es solamente la de la salud, sino que se extiende al ámbito de lo social:** la alimentación se rige más por normas sociales (diferencias de edad, sexo, prohibiciones y hábitos alimentarios) que por preocupaciones estrictamente nutricionales, así como la higiene que puede señalar normas estéticas o de prestigio.

Existe un enlace real entre la adhesión parcial o no a las acciones y a los problemas externos al grupo familiar o social. Las prácticas terapéuticas están repletas de cuestiones sociales y se insertan en un sistema de relación de poderes. Por tanto, los programas deben incluir una atención específica a la organización social como rasgo central: es necesario buscar la congruencia entre dispositivos de desarrollo y dispositivos locales y apoyarse en ellos.

-el entorno material, social, económico y político

*«La privación de la sanidad es el aspecto central de la cuestión de la pobreza» Amartya Sen*

Existen patologías para las que los factores «medioambientales» se consideran tan importantes como los factores biológicos y que vienen, sin duda, a oponerse a la gestión médica. Como ejemplo, la malnutrición, las enfermedades diarreicas, forman parte de estas patologías. La pobreza y los problemas de higiene vuelven precarias las condiciones de vida. El entorno en el que vive una población es propicio al desarrollo de enfermedades y hace difícil el seguimiento de los consejos médicos. De este modo, tras las sesiones de educación para la salud<sup>9</sup>, las mujeres son conscientes del hecho de que deben variar su

<sup>9</sup> Bouchon M., 2006



## DRAFT

alimentación y consumir alimentos «nutritivos» aunque, por falta de medios, no pueden modificar su comportamiento alimentario y se contentan con consumir lo que tienen a mano. La insuficiencia del aporte alimentario va a menudo asociada a un nivel de vida modesto.

J. Brunet Jailly explica que los individuos en situación de grave pobreza en los países del sur están sujetos a las decisiones de sus representantes institucionales (cónyuge, cabeza de familia, jefe del pueblo, etc.) y que el consentimiento individual no es autónomo<sup>10</sup>. Una mujer nunca se presenta sin su marido, el marido sin la mujer, los padres sin uno de sus hijos, los hijos sin uno de sus padres. No se trata de un individuo solo, sino de una parte del núcleo familiar que se desplaza en grupo para conocer el diagnóstico, informarse sobre el tratamiento propuesto y decidir lo que hay que hacer. La duración del acompañamiento del paciente depende de una concertación entre la familia y el médico. *«Todos mis paciente jóvenes diabéticos fallecen de acidocetosis antes de hacerse mayores porque la insulina es muy cara y los padres no pueden pagar o estiman que es una inversión demasiado importante. Si el padre no la compra, ¿dónde podrá encontrar un niño de 9 años insulina? A menudo las familias con cinco o seis hijos pueden comer durante toda una semana con lo que cuesta la insulina de uno solo, por lo que toman rápidamente una decisión, o más bien no tienen otra opción, dan de comer a los demás y el tratamiento del niño enfermo lo dejan en las manos de Dios» Un médico.*

Para aquellas personas sin seguro social, la cuestión del tratamiento para enfermedades crónicas lleva a los pacientes a intentar encontrar soluciones menos caras para el tratamiento de su enfermedad. De este modo, el tratamiento de la diabetes enfrenta al médico, que solo puede proponer un único medicamento costoso para toda la vida para únicamente controlar sin curar, con el curandero, que afirma curar rápida y definitivamente al paciente. Otro de los fenómenos constatados es la interrupción del tratamiento. Las patologías graves, como el Sida plantean la cuestión de seguir un tratamiento, tomado durante un periodo de tiempo determinado y que puede incluir un importante número diario de medicamentos. A menudo, sucede que los pacientes que se han recuperado tras un primer tratamiento, y ante la mejoría de su estado de salud, interrumpen el tratamiento. El paso emprendido consiste en un tratamiento etapa tras etapa, tratando una afección después de otra. Los enfermos crónicos se comportan como si se tratase de enfermedades agudas, quieren resultados visibles como ocurre con los analgésicos. No tienen la posibilidad de integrar en el ámbito organizacional la noción de continuidad de la gestión de la enfermedad, excepto si los medios económicos se lo permiten: *«Cuando interrumpen el tratamiento se les suele preguntar: ¿Por qué lo has interrumpido? No, no lo he interrumpido sino que ya había terminado la caja. No pudieron comprar otra caja» Un médico*  
*«Cuando se observan las recetas, uno se da cuenta de que el personal sanitario ha puesto lo que es necesario, pero, a causa del precio, el paciente ha comprado el medicamento que más se ajustaba a su bolsillo, de forma inadecuada, porque no es capaz de asociar medicamentos, simplemente el paciente ha comprado el más barato...» Un enfermero*

En un artículo sobre la tuberculosis en Haití, A. Castro y P. Farmer se interesan sobre una situación paradójica que concierne al tratamiento de esta patología ya que la existencia de medicamentos eficaces no impide el aumento de su frecuencia. En realidad, la multiplicación de cepas resistentes se debe a factores múltiples relativos a nivel internacional (globalización y coste de los medicamentos) y a las condiciones locales (pobreza, estado y límites de los sistemas sanitarios locales y las dificultades del acceso a la atención sanitaria, el aumento de las desigualdades sociales). Estos vuelven a plantear las hipótesis biomédicas que atribuían la progresión de la tuberculosis a hipótesis culturales demasiado

---

<sup>10</sup> J. Brunet-Jailly, 2003



## DRAFT

limitativas. Han destacado las condiciones económicas que constituyen «una fuerza patógena». El análisis del lugar de los medicamentos debe, por tanto y según ellos, tener en cuenta las condiciones sociales generales y las inversiones necesarias para mejorar los sistemas sanitarios, de diagnóstico y de acceso a los medicamentos.

Las recomendaciones que siguen los principios conforme a las normas sanitarias biomédicas en las acciones presentan situaciones que no se adecuan siempre a la realidad material o medioambiental de las clases a las que van dirigidas, en general las más pobres de la sociedad. **El desajuste entre los contenidos de las acciones y sus posibilidades concretas de aplicación (propuestas nutricionales en las situaciones de extrema pobreza, mosquitera allí donde viven más de 15 personas por habitación, higiene donde falta el agua, etc.) lleva a solicitar los mayores esfuerzos posibles para los que ya carecen de todo.**

En consecuencia, hay recordar la estrecha interconexión entre los ámbitos socioculturales y los económicos y políticos. De este modo, la tarificación de los tratamientos, el nivel de ingresos de los hogares, el coste de los transportes y las lógicas de poder en el interior de las estructuras pueden ser determinantes en la utilización de los servicios sanitarios.

-Los pasadores de la innovación //: la utilización de «personas recurso», de personas de contacto entre población y desarrollo

Para paliar las lagunas y aumentar la apropiación de proyectos, una de las piedras angulares de los programas es la participación de «personas recurso», o «relevo»... Estas personas se presentan como una solución alternativa para integrar socialmente los proyectos e inscribirlas en el seno de paradigmas emergentes del *empowerment* y de la participación de la población local. Estas personas se consideran un puente entre la comunidad y el sistema del proyecto, ubicadas en el cruce del sistema biomédico y del sistema popular local. Es cierto que ocupan una posición privilegiada, ya que son una «puerta de acceso» hacia el universo médico, pero igualmente están familiarizados con las representaciones y las prácticas culturales locales. Su mera posición de intermediarios, a menudo voluntaria, se ha vuelto ambigua debido a las dificultades de las condiciones de vida (¿se les puede exigir a los más pobres un compromiso voluntario?) y a las dificultades de comprensión y comunicación. En cuanto a la cuestión de lo bien fundado de los relevos, las anteriores encuestas sociales se han mitigado en lo que respecta a su implicación en los programas: los escasos recursos materiales y cognitivos (vista la poca información proporcionada) aportados a los relevos, dejan paso, e incluso animan a una reinstrumentalización de las acciones para su beneficio. Además, a menudo están sometidos a los mismos problemas sociales que penalizan a las poblaciones: *en un programa, uno de los mejores agentes formados era una mujer, que tuvo que dejarlo porque su marido consideraba que ella no pasaba el tiempo suficiente en casa. Otros agentes lo dejaron porque estaban sometidos a conflictos político-religiosos entre las comunidades católicas y protestantes que provocaron que a éstas últimas se les dejase de lado. Finalmente, algunos agentes se fueron a buscar un empleo temporal.* Resultado de una encuesta en Ecuador

De este modo, las acciones se enfrentan al problema de aplicación por parte de las poblaciones seleccionadas como «personas recursos». **Existen numerosos juegos de**

---

<sup>11</sup> Olivier de Sardan, 1995.



# DRAFT

**poderes, de reinstrumentalización de cuestiones que crean conflictos en los dispositivos establecidos y transforman esos relevos en simples prestatarios de servicios.** Cada proyecto creará desafíos y luchas específicas repartidas desigualmente entre los agentes según las posiciones que ocupen unos con respecto a otros (relaciones de fuerza).

Podemos citar algunos de los numerosos desafíos que representa un programa:

El primero de ellos concierne al reclutamiento de un agente: gracias a sus buenas relaciones en el barrio o en la localidad con la administración y/o las autoridades locales, un individuo actuará de conexión entre los programas y la población, y, de este modo, aumentará su poder personal en la localidad. Por ejemplo, un agente puede emplear su nuevo prestigio para convertirse en candidato político a las elecciones locales y deberá compensárselo a aquellos que le permitieron obtener ese estatus. Se habla entonces de desafío social.

El segundo desafío puede ser uno material que acrecienta el poder de un grupo social (adquisición, por ejemplo, de un local para una asociación). Aquí nos encontramos con las lógicas específicas que rodean a las prerrogativas y a los diversos privilegios, de los que uno de los más destacables es sin duda el vehículo de función.

Como en toda posición adquirida, el agente legitimará su poder por su capacidad de redistribuir algo (*per diem*, mejor acceso...) que muestra el valor social de su nuevo estatus. Si su capacidad de redistribución es muy débil, habrá que buscar en otra parte lo que no puede aportar directamente el proyecto: aquí nos encontramos con las prácticas paralelas de desvíos que permiten mejorar el día a día. La instauración de los *per diem* corre el riesgo de hacer que la continuidad de las actividades se vuelva aleatoria. Cuando se produce la interrupción de los *per-diem* debido al agotamiento de la fuente externa de financiación, el personal puede negarse a seguir realizando su trabajo. Entonces, el mantenimiento de los *per diem* se convierte en una de las principales condiciones de la continuidad de las actividades para los responsables del proyecto. El argumento es que, si no hay, el proyecto no podrá salir adelante. Este enlace de causa-efecto entre los *per diem* y la consecución del proyecto es un problema adicional al que se enfrentan los proyectos.

El enfoque del proyecto a menudo no tiene lo suficientemente en cuenta la influencia del entorno social y de los juegos políticos en el desarrollo de los programas. **Tras la puesta en marcha de estrategias de las diferentes partes, los proyectos de desarrollo sufren una deriva con respecto a lo inicialmente planificado.**

Los efectos sociales de los proyectos son complejos, y la manera por la cual aquellos a los que van dirigidos se los reapropian, transformándolos e incluso desviándolos de sus objetivos, hace delicada su puesta en marcha. Sin embargo, los voluntarios locales, o los relevos podrían ser buenas interfaces entre los programas y la población, a condición de que tengan en cuenta las costumbres populares. Por desgracia, el nuevo estatus percibido como ascenso social les desvía a menudo de estas prácticas: *«La gente de mi barrio es muy retrógrada, son como los viejos, no han evolucionado, no comprenden que hay que cambiar, (...) yo he sido elegido y he recibido una formación, así que ahora puedo explicárselo...»* Un relevo formado para educar sobre la sanidad.

Hay que tener siempre en cuenta que toda innovación se enfrenta a la confrontación de diversos grupos estratégicos locales. Las personas recurso están insertadas en un mundo local en el que tienen sus desafíos, y dominan suficientemente las reglas del «mundo del desarrollo» para poder utilizarlas en su propio beneficio. De este modo, en la elaboración de un programa y en su seguimiento, es necesario tener en cuenta las rivalidades individuales, las querellas y antagonismos de las personas que conforman un proyecto.



# DRAFT

## -Los problemas ligados a la proliferación de la oferta de ayuda

Hablamos aquí de la no coordinación entre los profesionales y la falta de continuidad de los programas: esta mala coordinación entre profesionales del desarrollo, de lo humanitario y entre los ministerios, llega incluso a veces hasta la ignorancia mutua de las medidas previstas o tomadas por cada uno de ellos. Estos factores influyen en la percepción de la ayuda ya que el clima de competitividad da como resultado una pérdida de credibilidad y de legitimidad. **La segmentación de las acciones unida a la «verticalización» de los programas (Sida, tuberculosis, vacunas, etc.) impide el uso de sus servicios complementarios y a menudo agrava el mal funcionamiento de los servicios sanitarios.** Podemos legítimamente preguntarnos si la diversidad de la oferta en ciertas zonas y los problemas de coordinación entre los diferentes socios del desarrollo no conlleva la confusión de la población. Por ello, algunas acciones no son bien entendidas por la población: *«ayer fui a la campaña de sensibilización de los micro-nutrientes pero no quisieron vacunar a mi hijo.»*

Durante la instalación de un programa, hay que procurar que no entre en contradicción con otras acciones previamente establecidas. Para ello, es indispensable elaborar un inventario de las acciones establecidas.

Acabamos de mostrar cómo puede un conjunto de obstáculos pesar sobre la posibilidad de acceso a la atención sanitaria. El conocimiento de los factores socioculturales es un medio eficaz de intervención ante las poblaciones afectadas ya que, si logramos explicar y evaluar esos factores, podremos reforzar la eficacia de un dispositivo. En definitiva, un refuerzo de los conocimientos sobre las costumbres populares que influyen en las prácticas y en la percepción de la población en su gestión cotidiana de la salud, así como en la utilización de los dispositivos es indispensable para el profesional.

Para ello, el siguiente capítulo propone descifrar las principales conductas individuales y colectivas en la gestión de la sanidad.



# DRAFT

## II- Ensayos de descifrado para uso de los profesionales: Interpretación de las dificultades y dificultades de interpretación

Una de las características del fenómeno de la salud es su carácter global. Comprender los comportamientos en cuestiones sanitarias necesita obligatoriamente un enfoque holístico de los constituyentes de la persona, las entidades religiosas, las relaciones del hombre con su entorno, la pertenencia a un grupo definido o que se define como minoritario, así como el sistema sanitario y los presupuestos de la actuación médica... **La comprensión de las conductas sanitarias solo puede resolverse adoptando un enfoque global.** Por ello, proponemos aquí elementos de conocimiento que permitan dar algunas referencias y comprender las relaciones entre las representaciones y los recorridos de los pacientes. Describiremos las lógicas en las formas de concebir la enfermedad, tras lo cual pasaremos a describir el recorrido de los tratamientos e itinerarios terapéuticos, la gestión colectiva de la salud y, finalmente, haremos una puntualización sobre las propias percepciones de los profesionales en su terreno, invitándoles a desviar su mirada para permitir un distanciamiento y una crítica a modo de salvación de la acción.

### 1-La conducta individual frente a la enfermedad y el tratamiento

Esta parte debe permitir a los profesionales intentar comprender cómo construyen las poblaciones sus representaciones de la enfermedad, cómo interpretan las causas, por qué no acuden asiduamente a los servicios sanitarios y cómo se curan o según qué criterios eligen sus tratamientos.

-¿Cómo se concibe la enfermedad? Conocimientos profanos sobre los síntomas

«La enfermedad refuerza»

*Las representaciones de la enfermedad: ¿Cómo funciona?*

**Se puede estimar que los conocimientos profanos en materia de salud corresponden al conjunto de representaciones que cada uno desarrolla sobre su enfermedad, sobre la salud, sobre el tratamiento...** La persona enferma tendrá experiencia en los diferentes estados y síntomas, como la diarrea o los vómitos, conocerá la importancia de la alimentación... Sobre estos síntomas que se expresan en el interior del cuerpo de manera confusa, **el conocimiento profano, privado del apoyo de conocimientos biomédicos, paliará esta ausencia mediante la descripción precisa de cómo siente la enfermedad.** El «lenguaje de la enfermedad» o el lenguaje de los síntomas, descrito en cada cultura, los sufrimientos, anomalías, signos, problemas, a menudo asociando una zona del cuerpo (el órgano que se supone estar afectado) a una sensación: *tener dolor de cabeza, tener mareos o tener el cuello rígido para la meningitis, tener la pierna dormida para la poliomielitis...* A



## DRAFT

través de estos ejemplos vemos que **las representaciones populares se basan en general en las diferentes visibilidades inmediatas que ofrece un cuerpo enfermo**<sup>12</sup>.

En sus consultas, los sanitarios se enfrentan siempre a estas afirmaciones populares que tienen una insospechada influencia en las motivaciones o en las resistencias de los pacientes. Este conocimiento profano no se corresponde en general con el de la medicina, desbordante por exceso o por defecto: la población interpretará diferentes síntomas como tantas otras enfermedades. De uno y otro lado, allí donde la biomedicina diagnosticará, según el caso, patologías gástricas, intestinales, ginecológicas, las representaciones populares pueden construir una única enfermedad. La interpretación agrupará esos síntomas visibles, que parecen ser de la misma naturaleza por su forma y consistencia. La población podrá hablar de «*la enfermedad que provoca bultos*» y englobar bajo esa denominación a una hernia, un tumor, hemorroides... Esta disonancia explica los itinerarios terapéuticos que dan prioridad al conocimiento popular a expensas del biomédico para algunas enfermedades, en las que la relación tratamiento/enfermedad no es evidente a ojos del paciente (como por ejemplo enfermedades crónicas). En otros casos, sin embargo, el problema observado puede corresponder a un síntoma identificado por la biomedicina, como para la rubeola, donde existe una coincidencia entre las representaciones populares y el diagnóstico biomédico. Esta enfermedad es a menudo bien identificada y puede denominarse de forma precisa. Por tanto, esta connivencia entre denominaciones populares y biomédicas permiten iniciar un diálogo más sencillo entre el personal sanitario y el paciente, que hablarán de la misma enfermedad.

Las representaciones culturales definirán así lo que es la enfermedad o lo que señala un estado normal. En algunas culturas, los fenómenos que la medicina occidental juzga como patológicos, no se consideran síntomas: las lombrices intestinales que algunos grupos étnicos consideran como elementos necesarios para la digestión son un claro ejemplo.

Los conocimientos profanos se construyen alrededor de una lógica de la experiencia que da crédito a lo sentido y a lo visto. Las representaciones se constituyen alrededor de sensaciones o de similitud, es el principio de analogía. Los conocimientos populares agrupan aquello que se parece: a falta de una terminología científica, la explicación de las disfunciones del cuerpo concuerdan con lo cotidiano y, de este modo, adquieren una credibilidad basada en la evidencia de lo que es cercano y habitual. Por tanto, hay a menudo una confusión entre la causa y el síntoma. A modo de ejemplo, la tos debida a un catarro provocaría la tuberculosis.

### *Las causas de la enfermedad*

En numerosas regiones del mundo, las concepciones tradicionales de las causas de la enfermedad se basan en el principio de la doble causalidad (causa natural/material y causa sobrenatural/espiritual) y admiten una pluralidad de causas aisladas o concomitantes. La población atribuye un carácter esencial, determinante de las causas sociales ya que la enfermedad es vista a menudo como un desorden causado por no respetar las normas. Obviamente existen diferencias entre las poblaciones urbanas o rurales, alfabetizadas o no,

<sup>12</sup> Sin embargo, hay que saber matizar: sabemos, por Pagnol y Cesar, que «partir el corazón» no debe entenderse al pie de la letra... Si la expresión «hacerse mala sangre, o bilis» procede de una antigua teoría médica (la teoría de los humores, Cf. Hipócrates), la población no atribuyen su angustia a su vesícula... Y. Jaffré, 1996



# DRAFT

sedentarias o no, etc. De este modo, en el entorno urbano, asistimos a una cohabitación de las interpretaciones de la enfermedad, con fenómenos de préstamo cultural entre grupos vecinos.

Una concepción no excluye a la otra: existe una yuxtaposición de las creencias y de su utilización práctica. Las representaciones de las enfermedades son muy dispares e intrincadas entre ellas dependiendo de las comunidades.

## *Comprender las conductas*

Anteriormente, hemos podido observar, de forma general, que las interpretaciones populares de las enfermedades dan lugar a una denominación que procede de un cuerpo «cifrado», que permite sobrepasar la angustia de lo desconocido. Nombrar la enfermedad es efectuar un diagnóstico elemental, es identificar uno o varios problemas en una enfermedad familiar, en función del órgano afectado o de los signos visibles: la crisis hepática es un ejemplo de ello. Pero **también puede denominar la enfermedad en función de su percepción de la gravedad**: en wolof, el paludismo se llama *sibiru*, de *sibir* que quiere decir *volver mañana*. La traducción de los nombres populares de las enfermedades puede servir de introducción para comprender sus comportamientos. Estas categorías populares de la duración influyen en el uso de los servicios sanitarios, sobre todo debido a las diferentes interpretaciones entre las concepciones populares y biomédicas. Por ejemplo, si las representaciones populares explican la gravedad de la enfermedad debido a su persistencia, entonces es difícil aceptar una concepción lenta y sin medicamentos, como es el caso de una hepatitis. De la interpretación surgirá la identificación del mal. Según la interpretación y las opciones/posibilidades ofrecidas, el paciente o su entorno elegirán al terapeuta apropiado. Al añadirsele los factores económicos, estas características hacen un reparto entre lo que se puede curar localmente y lo que se cura mediante la «medicina de los Blancos».

En resumen, las representaciones populares tienden a explicar las enfermedades apoyándose en observaciones basadas en el cuerpo y en los sufrimientos, aunque también pueden apoyarse en sus formas de transmisión o de duración, y en la eficacia de los tratamientos. Esto nos lleva a reflexionar sobre los itinerarios terapéuticos de las poblaciones.

Es importante para los profesionales sanitarios conocer el nombre popular de las enfermedades y su traducción para comprender las representaciones y, por consiguiente, las conductas. Las descripciones populares de una enfermedad están siempre relacionadas con las localizaciones anatómicas, los dolores, los tratamientos, la duración etc. La percepción de la gravedad, la noción de duración y el modo de evolución de la enfermedad son, pues, los rasgos pertinentes para comprender las conductas sanitarias.

## *-los itinerarios terapéuticos: cuestión de racionalidad*

El itinerario terapéutico hace generalmente referencia a una trayectoria, a la sucesión de las elecciones entre medicamentos, médicos, doctrinas y creencias, **en las que el orden de estas elecciones y la evolución de las demandas es a la vez función de la percepción de las enfermedades, de la graduación de las molestias, de la percepción de la eficacia de los poderes terapéuticos** (Benoist, 1996) **y de los medios de los que se dispone.**



# DRAFT

El itinerario terapéutico que corresponde a la experiencia de la enfermedad presenta siempre una dimensión individual y social. Solo se puede avanzar de una forma general, el alivio del dolor es la primera motivación en la búsqueda de tratamientos. Los pacientes evaluarán y elegirán de forma pragmática los recursos posibles en función de su eficacia para aliviar el dolor. La medicina moderna se busca principalmente en los ámbitos en los que parece más eficaz, es decir, para ocuparse de las enfermedades agudas. El gran uso de los analgésicos modernos es testigo de ello. En el ámbito lingüístico, esta preocupación se comprueba por la presencia de numerosos términos que designan las patologías por la asociación de la localización anatómica con la señalización del dolor (dolor de barriga, de cabeza...)

Tomemos un ejemplo del itinerario terapéutico, sobre la gestión de la fiebre, que presenta un caso de estudio en la gestión de la enfermedad en relación con el dolor, las percepciones, la graduación de las molestias y los medios disponibles (económicos y sociales):

1. La persona percibe los primeros síntomas de fiebre (y se dará cuenta de que tiene el *cuerpo caliente*: denominación). La fiebre, al igual que la diarrea, son ejemplo de enfermedades «cotidianas» percibidas como algo banal debido a su frecuencia y su carácter recurrente, paliadas a menudo con paracetamol y que se curan de forma natural. En un primer momento, esta percepción será objeto de una gestión doméstica, es decir, la solución más económica y la menos exigente. Esta primera etapa varía en función del estatus social: las mujeres y los niños están más sujetos a una gestión doméstica que los hombres. En esta primera parte, podemos, pues, distinguir tres elementos en la gestión de la enfermedad: un determinante cultural (percepción de la enfermedad), un determinante económico y un determinante social (automedicación, más frecuente en la mujer y el niño).
2. Cuando se agrava, la percepción de la enfermedad es la que influirá en el recurso, se tiende hacia lo más eficaz: el paciente, al darse cuenta del agravamiento, solicitará la ayuda de las personas cercanas para explicarles qué le pasa. En la elección de los recursos, el vecindario, el entorno más próximo y la familia tienen una fuerte influencia.
3. En función de la forma en que el paciente explicará su fiebre, se formulará una hipótesis, luego se nombrará una enfermedad y se imputará a una causa natural o sobrenatural. Dependiendo de las percepciones de cada uno y de sus interpretaciones del dolor, habrá que decidirse por el recurso más apropiado. En las sociedades meridionales, si la fiebre va acompañada de convulsiones, de «crisis», se acudirá principalmente al curandero, ya que la crisis se disocia de la fiebre que la precede y se asocia a causas sobrenaturales. El paciente será entonces llevado al curandero, incluso si él mismo reconoce que el consultorio puede curar muchas otras fiebres y que, en algunos casos, es incluso más barato.

Se podría añadir una cuarta etapa, que estaría constituida por: percepción de la ineficacia del terapeuta a causa de la persistencia de las molestias y el cambio de terapeuta y/o de medicina/estructura. Es necesario comprender que el recurso a uno u otro tipo de tratamientos no es exclusivo. Se pasa alternativamente de una estructura moderna a una estructura tradicional si no se llega rápidamente a un resultado, a riesgo de realizar numerosas idas y venidas. Las representaciones de la enfermedad son muy maleables, inmediatamente modificadas por los individuos tras tres días de tratamiento ineficaz. **Los comportamientos de los recursos a los tratamientos vienen determinados por un proceso de ensayo de errores**, sin olvidar tampoco el «boca a boca», en el que la



## DRAFT

importancia del vecindario del paciente indicará a una persona el nombre de un terapeuta que le ha curado anteriormente. Por tanto, la calidad de la comunicación y la instauración de un clima de confianza tienen un efecto en la eficacia de las prescripciones y el seguimiento tras tres de los tratamientos.

Lo que es importante saber para comprender las lógicas de las poblaciones es el uso que se hace de cada recurso (moderno o tradicional), determinado en parte por su capacidad de obtener resultados.

Para finalizar, **los comportamientos en materia de salud son pragmáticos y racionales:** se utiliza todo lo que se puede, en la medida de esos medios. Concretamente, los tratamientos modernos y los conocimientos de orden prosaico tienden a ir acompañados de protecciones mágicas, lo que es un «extra».

Para comprender los itinerarios frente a la enfermedad, hay que tener en cuenta la representación de la enfermedad (que no siempre coincide con una representación biomédica), su denominación (por parte de la gente cercana), criterios como el episodio mórbido con el tiempo (inicio de las molestias y agravamiento) y la noción de percepción de los tratamientos (eficacia). En consecuencia, para comprender el plazo importante que existe durante el recurso a un consultorio y para intentar transmitir un mensaje preventivo sobre los comportamientos en caso de enfermedad, hay que tener en cuenta todas estas características, para que, desde el principio, los médicos y la población hablen el mismo idioma.

### -El medicamento como marcador social y cultural

Hablar del acceso a la atención sanitaria no puede hacerse sin abordar la cuestión del medicamento, ya que es el centro del proceso de salud, yendo desde la intimidad de la consulta, donde calma las molestias y/o atesta la verdad del diagnóstico, hasta su venta, donde reagrupa las amplias apuestas socioeconómicas. Como en la mayoría de las sociedades meridionales, cada mercado ofrece a la población sus variedades de hojas, de pociones y productos químicos (con un «precio por comprimido») y diversas formas que buscan la curación.

Los rumores sobre la eficacia de un remedio, el nombre dado al producto, su presentación, las propiedades terapéuticas que se le atribuyen, con mayor o menor acierto (poco importa que la creencia se comparta), pueden ayudar a comprender los comportamientos de los pacientes hacia las terapéuticas. De este modo, la dexametasona o el falbitone que son corticoides se adquieren para obtener un mayor atractivo en aquellas personas que creen tener un cuerpo delgado (en Malí se les denomina *dafurukubanin* o *bobarabanin*, que significa respectivamente «grandes mejillas» o «grandes nalgas»). Del mismo modo, los efectos excitantes de la efedrina hacen de ella una «droga» accesible, los ansiolíticos potencian los efectos de ciertas drogas, la aureomicina se convierte en un producto lubricante, lo que permite a las mujeres estimular el deseo sexual, los antidepresivos se toman como estimulantes y los antibióticos son objeto de una campaña publicitaria para explicar «que no eran sistemáticos» **El uso de los medicamentos y de su mal uso revelan las preocupaciones sanitarias, estéticas o psicológicas de la población, mucho más que los sondeos de opinión. El uso de medicamentos revela también los modos de apropiación de la información sanitaria, que comportarán verdaderos**



## DRAFT

**riesgos sanitarios.** Privados de los consejos médicos y del conocimiento necesario para comprender la composición de un producto y las especificidades de su uso, los consumidores solo pueden fiarse de los efectos que observan para evaluar el producto. Dicho de otro modo, **el referente no es la molécula química activa, sino el efecto producido o esperado.** El medicamento se convierte así en una sustancia seductora, reforzada por la publicidad, de la que se consume tanto el símbolo como el producto.

Por otra parte, existen medicamentos que se convierten en «marcadores» como es el caso para el uso de los terapéuticos del VIH/Sida: la experiencia de los tratamientos está marcada por la selectividad del acceso a los tratamientos, y por las características de «marcador social» del medicamento. En la elección del recurso al «mercado» o a la «farmacia de mano», numerosos compradores evocan diferentes motivos, ligados a la posibilidad de comprar por unidades. Además, las farmacias obligan a seguir unos pasos complejos, especialmente para obtener una receta. El bullicio del mercado parece proteger la confidencialidad y el pudor de los compradores, a quienes les da vergüenza ir al hospital para explicar su enfermedad. En resumen, estos objetos vehiculan las relaciones con el saber y con el poder, más o menos desigualitarios, y están insertados en un sistema de salud y en las redes sociales.

El conjunto de estas ventajas no impide, sin embargo, que los medicamentos puedan ser objeto de percepciones negativas (ligadas a su opacidad, su agresividad y sus efectos secundarios) que son también la expresión de posiciones políticas. Las resistencias al respecto de los medicamentos pueden explicarse mediante formas de no seguimiento del tratamiento que reflejará el escepticismo frente al personal sanitario y sus prescripciones. El rechazo de los medicamentos va significado por la elección de medicinas alternativas, particularmente en los países en los que existen tradiciones médicas desarrolladas y que se reivindican como la expresión de un conocimiento espiritual que busca una armonía y un equilibrio ausente en las terapias occidentales.

El sentido del medicamento dado por las poblaciones deben preguntárselo los profesionales sanitarios, ya que plantea cuestiones específicas. Comprendemos que no se trata solamente de hacer una especie de inventario de las preparaciones terapéuticas tradicionales, sino de conocer los usos de los medicamentos y las representaciones que se les asocian. Los profesionales no deben simplemente intentar comprender los «remedios» tradicionales como las decocciones u otros sino también el sentido que las poblaciones dan a una simple inyección. El lugar que ocupan los medicamentos en la vida cotidiana es esencial para comprender los comportamientos en materia de salud. Los usos de un medicamento parecen proporcionar una «ventana» hacia los aspectos fundamentales de la cultura, como la relación con el saber, la noción de orden o la de autoridad.

### -las relaciones médico/paciente: conflicto de perspectivas y dificultad de comunicación

En la relación médico/paciente, la concepción de la enfermedad que tienen los médicos es con frecuencia distinta de la de los pacientes. A menudo se constata un desfase entre los conocimientos y las prácticas del personal sanitario, basados en una concepción biomédica de la salud, y las concepciones y las prácticas populares de las enfermedades, que ponen sobre la mesa mucho más que lo estrictamente biológico: el sistema de identificación y de clasificación de las enfermedades no siempre se puede superponer con el que utiliza la población. Así, por ejemplo, aunque desde el lado científico se habla de «controlar los



# DRAFT

factores de riesgo», desde el lado popular se trata más bien de «situarse bajo la protección de». El personal sanitario se va a expresar con referencias biomédicas que no se corresponden necesariamente con las referencias culturales usadas por la población. Se desprenden de ellas diversos problemas de tipo semántico y cognitivo. Que se acceda a prácticas médicas no significa que adquieran sentido dentro de un discurso coherente. **Los discursos y los objetos del sistema biomédico con frecuencia se vuelven a interpretar, incluso se abandonan.** Cualquier acto de atención médica es un fenómeno significativo y la actividad médica es siempre interpretativa. El médico interpreta los síntomas que siente su paciente y los traduce nuevamente a las categorías del saber médico, basadas en conceptos biológicos. Por su parte, el paciente tiene su propio punto de vista sobre su estado y se forja, a este respecto, un «modelo explicativo»; éste puede ser en parte individual pero también está arraigado en las representaciones colectivas.

¿Cómo explicar este desfase profundo en la comunicación médico/paciente? Para intentar comprender las principales causas de la falta de comunicación entre los profesionales y la población, quizá sea necesario empezar por la formación de los profesionales de la salud.

La formación profesional, tal y como existe actualmente, tiende a reproducir las características del paradigma pasteuriano. La educación que reciben los estudiantes está, ante todo, impregnada por esa misma lógica: una causa, una enfermedad, un tratamiento. Entre las características de la formación médica vemos las de un medio muy jerarquizado, en el que se centran en los aspectos técnicos y en el que la neutralidad afectiva y el distanciamiento con respecto al paciente y a su sufrimiento son señales de profesionalidad. Esta formación infravalora los aspectos culturales y sociales y en ocasiones se considera que las expectativas de los pacientes son un obstáculo en la búsqueda de la causa médica del problema. De hecho, en contextos difíciles (cuidados paliativos, guerra civil...) los médicos se enfrentan a la paradoja de tener que soportar desgracias y de prohibirse permanentemente escuchar, participar o empatizar con ese sufrimiento para combatirlo mejor.

La carrera médica en el hospital impone al personal sanitario unas «buenas costumbres» para comportarse ante el paciente y canaliza así las reacciones frente al cuerpo y a la enfermedad. En todos los lugares de atención médica el personal sanitario acata el modelo neutralizador del cuerpo impuesto por la medicina universitaria, que se manifiesta mediante una neutralidad emotiva, una distancia protectora y el autocontrol. Comportarse como un profesional supone silenciar los sentimientos, al menos en apariencia: «*cuando ella falleció, nadie dijo nada, seguimos trabajando como si nada*» Un enfermero «*En el hospital, durante las prácticas, aprendes a no dejar que nada salga a la superficie, aunque estés disgustado o deprimido, es una especie de código entre nosotros*» Un interno

En la medicina universitaria, el paciente desaparece tras la enfermedad. Para soportar el carácter dramático de ciertas situaciones existe la institución: el paciente ya no es una mujer con Sida y con varios niños pequeños, sino un número, asignado en función de su cama o de su expediente. En cierto sentido, el paciente pierde su identidad, ya no es un ser social, y mucho menos un ser emocional, ya que el anonimato de un cuerpo permite que el médico se distancie de un afecto excesivo. La técnica permite desviar la mirada, refugiarse tras el conocimiento y, en consecuencia, situarse «al otro lado de la barrera»: el paciente es el Otro. El distanciamiento en la atención sanitaria mediante la técnica es para el médico como abstraerse de la imagen de la enfermedad y del dolor que emite el paciente. No obstante, es difícil hacer siempre oídos sordos con respecto a los pacientes de los que uno se ocupa cotidianamente... Una de las grandes dificultades en la relación con el paciente consiste en lograr mantenerse ni demasiado lejos, ni demasiado cerca. Es difícil encontrar el lugar



# DRAFT

«adecuado». El personal sanitario, en su quehacer diario, afronta una relación obligada con el dolor de los pacientes. Para C. Mercadier<sup>13</sup> el médico, en su relación con el paciente y con su dolor, es víctima del efecto del espejo. Este fenómeno resultará tanto más difícil de soportar si el paciente tiene algo en común con el médico, como su profesión, su edad, su barrio... Para Y. Jaffré<sup>14</sup>, la «biografía» del médico va a condicionar la forma en que interactúa con el paciente.

La medicina convencional debe preservar el contacto, ya que la tecnicidad excesiva conlleva una deriva desastrosa: transforma al paciente en un ser impersonal y al médico en un técnico que interviene a partir de resultados instrumentalizados. Sin embargo, ni los gestos de la atención sanitaria son solo «técnica», ni el personal sanitario está formado por «técnicos». El paciente debe incorporarse a la deliberación y participar en la elección de una terapia, o cuando menos dar su consentimiento. Así, la calidad de los cuidados abarca las relaciones interpersonales entre los pacientes y el personal sanitario. El saludo, la empatía, el respeto a la persona, el tiempo que se le dedica, las explicaciones ofrecidas y la honestidad del personal son también elementos de calidad que perciben los usuarios. **Los que curan son apreciados e incluso, en ocasiones, preferidos por la población precisamente porque tocan a los pacientes (auscultación, palpación...) y porque favorecen el «contacto» mediante un comportamiento ritual.**

La relación con el terapeuta es un momento crucial para mantener la confianza, ya que, para una persona que se siente enferma, no basta con curarse. Para mejorar la comunicación, el personal sanitario debe anticipar los resultados o los efectos negativos relacionados con no haber tenido en cuenta la cultura de los pacientes, aumentando su conocimiento de los códigos de decoro, de valores y de normas relacionados con la atención sanitaria. Por tanto, es necesario que el médico pueda dedicar tiempo al intercambio y a las necesidades angustiadas del paciente.

## 2- La gestión colectiva de la sanidad

-las «otras medicinas»: el lugar de las medicinas populares y la articulación con la medicina convencional

*«Los pacientes esperan que la medicina de los 'blancos' les cure los síntomas de la enfermedad y que la medicina tradicional identifique las causas últimas del mal y ponga en marcha los medios para combatirla» Olivier de Sardan, 1995*

A pesar del lugar importante que ocupan los sistemas sanitarios modernos, éstos apenas ostentan la exclusividad de los recursos terapéuticos. Se utilizan otros métodos en la búsqueda de la salud por parte de cada individuo. En muchos países, incluso en Europa, los pacientes se mueven cada vez con más frecuencia entre universos terapéuticos que no tienen nada en común. De hecho, a pesar del predominio que ostenta la biomedicina para el tratamiento de enfermedades en las sociedades occidentales contemporáneas, debemos constatar que una parte cada vez mayor de la población recurre hoy a otros métodos terapéuticos.

<sup>13</sup> Mercadier C., 2002

<sup>14</sup> Jaffré Y., 2003



## DRAFT

Estas medicinas tradicionales preceden, sustituyen, acompañan o suceden a las otras terapias. Se habla de ensalmadores, de raptos de difuntos, de chamanes, de santones o incluso de sanadores...

El recurso a la medicina tradicional se ha imputado con frecuencia, y de forma equivocada, a las carencias del sistema sanitario. No obstante, la población cree realmente en su eficacia y en su complementariedad. Ya que las enfermedades provienen de la cultura, del simbolismo y de los valores, los tratamientos no pueden afectar únicamente a la dimensión orgánica de la enfermedad. ¿Cuál es la eficacia de la medicina moderna en lo que se refiere a calmar la cólera de los espíritus o a equilibrar las energías vitales? En definitiva, las dificultades de la relación y de la comunicación, la complejidad del lenguaje especializado médico, las escasas certidumbres en materia de diagnóstico en ciertos contextos que disponen de pocos medios de análisis o de radiografía, no permiten competir con la valoración global del paciente y de sus angustias por parte de los sanadores.

Así, bajo el predominio de la biomedicina, ciertos factores pueden alimentar el pluralismo médico que, «lejos de desdibujarse con la modernidad, puede resultar en una fuerza mayor» (Benoist, 1996). La deserción de los médicos del terreno de los dolores y de las angustias humanas y la tecnicidad creciente de sus intervenciones han logrado que cada vez estén más en boga las formas tradicionales y los grupos religiosos para curar las denominadas enfermedades del alma (Jacquemot, 1996). Están las enfermedades de los blancos y las otras... **La sabiduría popular otorga a los sanadores y a los pacientes una homogeneidad del sentido:** supone un mismo lenguaje en torno a los síntomas, una misma interpretación de las causas del mal o incluso del principio activo del medicamento. El paciente no se siente excluido de su proceso de curación, ya que domina los mismos referentes que el curador, porque forman parte de la sabiduría popular común. Las maneras en que se formulan los diagnósticos y las expectativas en un tratamiento también se basan en una sabiduría común, lo que facilita su aceptación y la percepción de eficacia.

Para llegar a un diagnóstico y a un tratamiento, la población y los curadores «dan vueltas» en torno a varios razonamientos. En la actualidad, el lenguaje de los sanadores y el de las demás personas muestra un cierto sincretismo entre sabidurías populares y categorías biomédicas. Así, por ejemplo, podemos encontrar este tipo de razonamiento: *la cloroquina cura el paludismo, puesto que la cloroquina ha curado esta enfermedad, se trataba de paludismo*. Numerosos curadores toman prestados términos de la biomedicina y los aplican a las formas tradicionales de concepción de la enfermedad. Con frecuencia encontraremos palabras como «gérmenes», «virus» o «microbios» para indicar un estado paciente. Se debe a varios factores, como las campañas educativas sobre sanidad, la proximidad del hospital, las visitas frecuentes a centros sanitarios de personas cercanas o de uno mismo.

Como hemos podido ver en los itinerarios terapéuticos, los enfermos tienen una gestión pragmática de su salud. Su lógica no pasa por vincularse a una medicina de forma definitiva y absoluta, sino por deambular entre diferentes métodos (de la homeopatía a la alopática, de las plantas a las píldoras, de las técnicas de acupuntura a la cirugía...). **Solo hay un criterio que es incondicional: que alivie y que cure.** Frente a un mismo mal se ofrecen proposiciones terapéuticas diversas entre las que el paciente va a escoger, si es que no las adopta todas. Es frecuente recurrir simultáneamente a diferentes ofertas terapéuticas modernas y tradicionales.

Por otra parte, la diversidad de influencias culturales en países como Brasil explica también el uso de diferentes medicinas. **Las referencias a las medicinas tradicionales deben comprenderse en su marco histórico y geográfico, pero sobre todo en su pluralidad.**



## DRAFT

De hecho, el recurso a las medicinas populares, a la automedicación o a la religión muestra los diferentes tipos de relaciones que mantienen los habitantes de las *favelas* con la sociedad en la que viven; relaciones socio-económicas, tradicionales o incluso relativas a la accesibilidad a los servicios. **Las relaciones médicos/pacientes y los límites de las estructuras sanitarias favorecen la vigencia intemporal de las referencias a la medicina popular y a la religión.**

Sin embargo, sucede que este sincretismo entre medicina tradicional y convencional no se produce y que las poblaciones se resisten a prácticas biomédicas sistemáticas como la vacunación<sup>15</sup>. El grupo autóctono Madja-Kulina del Amazonas brasileño reinterpreta, por ejemplo, el acto de la vacunación en función de sus representaciones del cuerpo. Sus plantas medicinales pueden tanto curar males cotidianos (heridas accidentales, dolores de estómago, de cabeza) como dar el poder (plantas sabias) de curar enfermedades más importantes. Se cree que el medicamento farmacéutico puede curar los males cotidianos (dolores de cabeza que no tienen que ver con lo sobrenatural), mientras que se considera que la vacuna puede otorgar igualmente el poder de curar males más complejos. Además de la iniciación, del aprendizaje, los chamanes obtienen su poder mediante el *dori*, sustancia que se introduce bajo la piel. El poder de los chamanes lleva al mundo abstracto de los espíritus, que debería ser ajeno al campo de las biotecnologías. Sin embargo, se percibe como si la sustancia de la vacuna interfiriese con estos poderes. Es posible que la sabiduría que se reconoce a ciertas plantas como el *dori* pueda transmitirse a las sustancias inyectables de las vacunas, que también penetran en el cuerpo y logran modificar su estado. Por tanto, la vacuna universal supondría la inyección de una sustancia sabia en el cuerpo de cada uno de los habitantes de los poblados, lo que dejaría al chamán sin una de sus principales particularidades: ser el único que puede incorporar los saberes de las plantas sabias. Así, la vacuna interfiere con la especificidad del chamán para causar la enfermedad y para curarla. Los chamanes Madija-Kulina afirman que pierden su capacidad para practicar debido a estas intervenciones biomédicas: los poderes de la vacunación les hace perder el *dori*. Por ello, la vacunación pasa a ser una violación de la tradición vinculada con la intrusión de nuevas técnicas. La sabiduría incorporada de la vacuna permite que todos los habitantes vacunados en los poblados eviten la enfermedad sin la intervención del chamán; al mismo tiempo, de igual forma que lo haría la sabiduría del *dori* o de las plantas sabias incorporadas por el chamán, la sabiduría de la vacuna también puede provocar la enfermedad. En consecuencia, entre los Madija-Kulina la población teme a los poderes de las vacunas de la misma forma que teme a los de los chamanes. Cuando se anuncia una campaña de vacunación son varias las personas que huyen de los poblados o que prefieren dedicarse a sus actividades cotidianas antes que arriesgarse.

Desde hace varios años, la OMS recomienda que se tenga en cuenta la medicina tradicional en las estructuras modernas. Al tomar en cuenta estos «saberes terapéuticos que no están separados de los terapeutas» se inventan formas de unión entre mundos diferentes. Sin embargo, esta colaboración parece problemática en varios aspectos. Así, hacer que las plantas salgan de una red en la que su uso está codificado para introducirlas en un uso «científico» es una operación a menudo imposible. La misma planta tiene cualidades diferentes en función del momento en que se recoge, según el lugar en el que crece y siempre dependiendo de cómo se mezcla con otras sustancias... Por otra parte, ciertas

---

<sup>15</sup> Laplante J., Bruneau J., 2003, «Aperçu d'une anthropologie du vaccin : regards sur l'éthique d'une pratique humanitaire», *Historia, Ciências, Saúde\_Manguinbos* vol.10



## DRAFT

prácticas son peligrosas y parece difícil poder controlarlas. No se puede pedir a un sanador que solo administre una parte de sus medidas, consideradas sin riesgo para los enfermos, sin arriesgarse a ver como oculta las demás. Por último, un santón o un chamán no se define únicamente como un sanador, por lo que si se incorpora su práctica a un programa también se incorpora su estatus social, político (aumento del prestigio y del poder)...

En la práctica no hay que marcar una dicotomía total entre tradición y modernidad en un mundo en el que, hoy, los medicamentos alopáticos han llegado a los lugares más recónditos del planeta. El profesional debe reconocer el carácter múltiple de los itinerarios terapéuticos, los fenómenos de sincretismo terapéutico, las expectativas y las frustraciones relacionadas con las visitas a estructuras hospitalarias. Todos estos factores llevan a la evidencia de un pluralismo médico. Eso sí, debe prestar atención cuando se intentan incorporar prácticas tradicionales, ya que conllevan sus riesgos. Debe poder identificar las connotaciones sociales, económicas y políticas vinculadas con las diferentes medicinas tradicionales y con sus representantes.

### -preguntarse sobre la categorización de las poblaciones objetivo

La definición de un grupo objetivo parece ser un requisito previo indispensable ante cualquier acción. Eso sí, surgen varias preguntas: ¿es siempre pertinente la elección de los objetivos? ¿es realmente posible definir unos grupos? Y sobre todo, ¿cuáles son las consecuencias de la selección?

«Designar un grupo lleva inevitablemente a la exclusión y a la estigmatización» B. Taverne. Algunos objetivos (población con riesgo de Sida, trabajadores del sexo, toxicómanos, madres de niños desnutridos...) pueden encontrarse en una posición muy marginal tras la selección. Su designación como grupo objetivo los equipara con el papel de acusados y pueden ser sospechosos de provocar la enfermedad. La selección es una «acusación» sobre su conducta presente o pasada que cuestiona su moralidad o su forma de vida. La tuberculosis es en muchas zonas sinónimo de pobreza, de mala vida. **La selección puede conllevar actitudes de estigmatización e incluso de exclusión. La identificación es, por tanto, un proceso delicado y hay que prevenir los efectos secundarios nefastos:** en los países en los que los esfuerzos de prevención se centraban principalmente en la transmisión heterosexual del VIH se ha creído que la epidemia del Sida era de género femenino, de la misma forma que el Sida se ha considerado una «enfermedad gay» en Norteamérica. El reconocimiento, en una perspectiva de sanidad pública, de que las mujeres son biológica y socialmente más vulnerables frente a la infección por el VIH se combina con una tendencia aplastante, en la visión popular, por la que se sataniza a las trabajadoras del sexo y a las demás mujeres «sexualmente inmorales», por ser peligrosas y contagiosas. El resultado es que se producen efectos perversos en la intervención: si se centran los recursos en las mujeres y en el Sida, como es necesario hacer, se refuerza la impresión extendida de que el Sida es un problema de mujeres, desviando así la atención de los papeles y de las responsabilidades de los hombres. Por ello, en la actualidad en Nepal por ejemplo, el Sida conlleva connotaciones raciales, clasistas y de género. En África, las mujeres no quieren que se les vea con preservativos en sus casas, ya que eso significaría que se prostituyen.



## DRAFT

Hay que ser prudentes en la definición del grupo objetivo. El hecho de aparecer como el destinatario principal y, en consecuencia, el más afectado, va a suponer un proceso de diferenciación de individuos en el seno de su grupo.

-Reflexión sobre la participación de la comunidad y la disposición de las personas recurso: ambigüedades, estrategias, resistencias y juegos de poder

### *Los juegos de poder en torno a la salud y la enfermedad*

Varios programas indican que en el ámbito de la salud, las prácticas participativas permitirían ganar en eficacia: se hace necesario involucrar a las poblaciones para obtener su adhesión. Pero la participación de la población debe tener un papel determinante, una situación que es a menudo difícil y su complejidad subestimada.

Es necesario considerar un proyecto como un espacio donde van a entrar en juego intereses políticos, económicos, de prestigio... los cuales se van a convertir en importantes fuentes de conflicto. Si no se identifican y se resuelven estos conflictos se corre el riesgo de que resurjan de modo violento contra el proyecto. **Es necesario entonces recordar que todos los participantes (población beneficiaria, jefe de la aldea... y también el profesional) van a establecer estrategias y comportamientos con el fin de preservar sus intereses. Pertenecer a un proyecto significa estar en relación con los diversos recursos utilizados por el proyecto.**

Se trata de recursos económicos (los más obvios: dinero, trabajo, per diem), culturales (nuevos conocimientos, formación etc.), sociales (redes de personas-recursos, de relaciones personales, nombres y teléfonos, entrar en la administración etc.).

**El proyecto no es pues la simple ejecución de un programa de salud sino que cuestiona la distribución jerárquica de posiciones y de papeles, de categorías y de grupos de participantes sociales.** El proyecto se convierte en la ocasión y el lugar en que se desarrollan una serie de luchas para la distribución y posesión de los recursos, donde un nuevo reparto de poderes (reforzando este o aquél) es lo que más está en juego. Los participantes en un proyecto de desarrollo tienen una capacidad estratégica para influir en las operaciones en las cuales están involucrados o a las cuales están enfrentados.

La cuestión de la motivación resulta esencial para entender el comportamiento de las poblaciones. Preguntarse sobre el sentido que reviste una intervención en el modo de pensar de las poblaciones permite a la vez tener una explicación y un entendimiento de las conductas. Asimismo, en la preparación de un proyecto, parece necesario tener en cuenta el sentido que tiene para cada uno y que puede ser colectivo. ¿Qué interés tienen las poblaciones en participar en las intervenciones? ¿Cómo perciben este interés las poblaciones? ¿Cómo pueden involucrarse en un proyecto las poblaciones beneficiarias a las que está dirigido, es decir las más vulnerables?

-Identificación y representatividad de los participantes

Las experiencias de intervención anteriores, el contexto administrativo político, las relaciones previas del equipo en el pueblo, los intermediarios con los cuales se han establecido unos vínculos privilegiados, van a influir mucho en la posibilidad de identificar agentes representativos de la población así como las necesidades prioritarias. **Durante la recopilación de información, se asiste a menudo a la dominación por un grupo que va**



## DRAFT

en par con la exclusión de a la vez que se excluyen los puntos de vista y las impresiones de otros miembros minoritarios, que no consiguen poner sus intereses y opiniones al nivel de interés general. Es el caso en particular de las mujeres, ocupadas en asuntos privados y domésticos. Se corre el riesgo de ignorar informaciones esenciales, ya que la participación y la recopilación de las necesidades de las poblaciones habrán favorecido una perspectiva cómoda de los intereses que borra las diferencias. Es necesario no subestimar este problema entre las razones del éxito o fracaso de un programa. Los estudios de caso<sup>16</sup> muestran en efecto la **gran heterogeneidad de las poblaciones beneficiarias y también que pueden tener unas impresiones de las intervenciones muy diferentes de las de otras categorías de participantes**. Por consiguiente es necesario valorizar la contribución de las categorías más débiles. Así pues en determinados contextos, será necesario tener en cuenta las posibilidades de expresión en la selección de los participantes, y resultará importante no juntar a personas que mantienen entre ellas relaciones jerárquicas.

En las recopilaciones de las necesidades de un pueblo, es necesario tratar de entender quién está presente o no, porqué, y así determinar los factores de carácter práctico (tiempo, distancia) o sociales (grupos y alianzas) que determinan el hecho de asistir o no. La no participación de algunos protagonistas y las distorsiones de información que ello causa deben ser consideradas. Porque hay mucho en juego y se crea un control en el flujo de la información, es necesario evitar crear contextos sociales formales. Es la responsabilidad del programa garantizar que el conjunto de las categorías más débiles (en términos de estatus social o también de facilidad en la expresión oral) pueda expresarse y defender de modo efectivo su opinión.

### -Salud comunitaria y trabajo humanitario: ¿Una relación ideal?

El enfoque comunitario significa que la población administra su propio capital de salud, evalúa sus necesidades y busca soluciones. La salud comunitaria es una nueva forma de organización en torno a la salud creada por las transformaciones sufridas en los sistemas de salud de los países en vías de desarrollo que han invocado la capacidad de las comunidades de hacerse cargo de ellas mismas, y para dar respuestas más cercanas a las necesidades de los individuos. Según esta visión "comunitarista", las personas y las familias se hacen responsables de su salud y de su bienestar, y bajo el concepto de *empoderamiento* se esconde de hecho el abandono por parte del Estado de su papel activo y determinante en las condiciones de vida de la población, en particular de los más pobres. **Este concepto de salud comunitaria parte de un entendimiento ambiguo de la "comunidad", basado en la premisa de una tradición de gestión de los bienes colectivos que no siempre corresponde a la realidad en el terreno**, donde los conflictos, sistemas desiguales y presiones sobre las minorías, son una ocurrencia cotidiana en las aldeas o los barrios.

El sistema de salud comunitario, incluso artificialmente creado, puede ser una palanca para la acción a condición de que el profesional tenga en cuenta la influencia de los grupos estratégicos, de las presiones, de los conflictos en el acceso a los cuidados sanitarios de los más pobres, que este modelo provoca. Es necesario entonces tratar de comprender cómo

<sup>16</sup> Olivier de Sardan J.P



# DRAFT

se organiza éste, cómo se sitúan las jerarquías (consejo de gestión) y cómo perciben las poblaciones sus estructuras. Un centro de salud comunitario desdeñado por las poblaciones debilitará la apropiación de un proyecto. Por el contrario, un centro de salud comunitaria bien integrado en las poblaciones podrá ser un interfaz pertinente para el proyecto.

### 3-Advertencias frente a la visión culturalista y a la tentación del etnocentrismo

*Conversación entre un médico (M) y un antropólogo (A):*

*M : "Siendo estudiantes de medicina, fuimos a montar un pequeño centro de maternidad en lo más recóndito del Senegal, el centro nunca funcionó, por una razón muy sencilla, habíamos puesto a la cabeza del centro a un Wolof mientras que la comunidad era Toucouleur, y me dije: vaya, mira que somos unos médicos ignorantes, si hubiésemos tenido a un antropólogo esto no nos habría pasado"*

*A : "Ha dicho usted: por una razón muy sencilla, pero no hay nunca una razón sencilla que explique el fracaso de un proyecto. Estoy totalmente convencido de que no es porque el responsable era Wolof, en todo caso, esta no puede ser la única razón. (...) Es cierto que los antropólogos tienen un poco tendencia a decir: "Tenga cuidado con los conflictos étnicos" y con eso me quedo corto.»*

Proyectos de salud que no son apropiados porque las poblaciones se aferran a sus amuletos, ¿existe eso?

Esta parte intenta poner en guardia contra la interpretación y la visión culturalista que alimentan los estereotipos de los profesionales de la ayuda humanitaria y del desarrollo respecto a las poblaciones. Esto no significa que haya que descuidar el aspecto cultural en los comportamientos de las poblaciones ante las intervenciones sino que es fácil explicar los fracasos de los programas simplemente por razones culturales... Estudiaremos este punto con la ayuda de un ejemplo, el de una investigación antropológica<sup>17</sup> solicitada por una organización para responder a la falta de apropiación de su programa de reducción de la mortalidad materna en Ecuador. Esta organización había citado previamente las reticencias de las mujeres provenientes de clases populares a presentarse a los exámenes prenatales, a dar a luz en los centros de maternidad y a utilizar métodos contraceptivos, prefiriendo prácticas y valores tradicionales (los cuidados proporcionados a las mujeres encinta por parteras tradicionales, las preferencias por familias numerosas etc.) y su rechazo de los conocimientos y procedimientos modernos (medicina, contraceptivos...). En realidad, la investigación puso de manifiesto que estos análisis reflejaban más las ideas que se hacían estos especialistas de las poblaciones con las que estaban trabajando que la realidad ante la cual estaban enfrentados. En efecto, por un lado el apego a una determinada tradición, como se comprueba en las poblaciones rurales de los Andes, no significa que las conductas y conceptos sean automática y únicamente tradicionales. Por otro lado, lejos de ser rechazado por las poblaciones rurales, el mundo occidental es incorporado como se manifiesta tanto en los esfuerzos para enviar a los niños a la escuela, como en la compra de productos de consumo urbanos. Lo que este estudio ha mostrado también es que **la tendencia a generar interpretaciones culturalistas es una solución para evitar preguntas sobre cómo se ejecutan los programas y, sobre todo, las actividades de atención sanitaria.** Teniendo que buscar entre las tradiciones de las mujeres indias, se evita hablar de la relación médico-paciente, de los modelos de actividades...

<sup>17</sup> Fassin D., 2000



## DRAFT

En el terreno, es necesario recordar que los profesionales son también individuos con sus propios valores y referencias, comportamientos y costumbres, maneras de hacer y percibir que a veces están bien alejados de los de la población con quien trabajan. Además, en los equipos mismos de profesionales la cuestión de la pluralidad cultural también se plantea por la confrontación entre diferentes culturas (expatriados y compañeros locales).

**Para intentar comprender la interacción entre los programas y las poblaciones, conviene también que los estudios se fijen en las ideas y las lógicas de los profesionales.** "Es el trabajo crítico lo que diferencia al saber científico del sentido común y del discurso ideológico: el cuestionamiento permanente, por uno mismo y por los demás, no sólo de los resultados sino también y sobre todo, de los conceptos más o menos implícitos que sirven para producirlos, se presenta igualmente como una condición de su carácter científico"<sup>18</sup>

Por otra parte más allá de la visión demasiado culturalista que evita poner en duda las propias prácticas, es necesario asimismo adoptar una actitud prudente respecto al estatus "Humanitario". A menudo se ha reprochado a los "humanitarios" participar en un intento de normalización de las culturas a través de la salud, participar a una "iniciativa de moralidad"<sup>19</sup> » legitimada por la urgencia. Si la acción humanitaria ha evolucionado bien, consintiendo a reflexionar sobre su propia práctica, es necesario ser consciente de que **el trabajo "humanitario" así como el del que desarrolla los programas no debe ser distorsionado por desbordamientos ideológicos.** A menudo las poblaciones que han sido objeto de intervenciones humanitarias son consideradas como "víctimas", lo que oculta sus especificidades sociales y culturales: "Este hombre víctima de un tsunami o de dictaduras ya no es en primer lugar un Balinés o un Birmano perteneciente a un grupo social o étnico o a un partido: es una víctima (...). Ahora bien, las víctimas raramente se consideran como víctimas. Es la mirada del extranjero la que los define como tales"<sup>20</sup> ». **La relación humanitaria no debe ser un monólogo, que eluda la cultura por el imperativo de la urgencia.**

---

<sup>18</sup> Fassin et Jaffré, 1990

<sup>19</sup> R. Brauman

<sup>20</sup> B.Hours, 2007



## III- Cuestiones de método... de la alteridad al (re)conocimiento

Este marco no trata de crear un método universal aplicable en el terreno a todos los participantes, ni de transformar a estos agentes en el terreno en aprendices antropólogos, sino que trata de promover la curiosidad y una sensibilización a la cultura del otro en la relación. Este método debe poner a disposición de los profesionales un modo de desplazar la mirada, de sacudirse las certezas con el fin de enfrentarse mejor en el terreno a los otros modos de pensar la enfermedad y los cuidados y de este modo mejorar la relación para que ya no sea un monólogo sino un verdadero diálogo.

### 1-Diagnóstico de los factores socioculturales en los comportamientos de salud: entender para actuar:

Es importante que los profesionales puedan conocer las interpretaciones sociales y los sistemas de valores vinculados al tema de la intervención y puedan ser capaces de interrogar a las poblaciones sobre su futura acción. Este procedimiento tiene como finalidad permitir a los profesionales tener en cuenta la voz de los demás y las necesidades expresadas, tener un mejor conocimiento de los lugares de la intervención, los conocimientos y prácticas populares, con el fin de tomar mejores decisiones y prevenir efectos indeseados (entender si el proyecto daña las relaciones sociales, o la organización del trabajo, la gestión del tiempo...). El profesional debe preguntarse cuál es la importancia del conocimiento de las poblaciones beneficiarias respecto a los temas de acción.

Dos objetivos específicos:

- Consideración de las normas, valores, prácticas y conocimientos populares y de los métodos-lógicas de transmisión de los conocimientos y prácticas: identificación de los elementos culturales clave
- Consideración de las disponibilidades de los destinatarios: modo de vida, organización social, líneas de poder, recursos disponibles...

Metodología para el establecimiento del diagnóstico:

*En primer lugar*, hacer un estudio de la literatura de estudios socioculturales realizados sobre la población específica y preparación de una bibliografía disponible. Es necesario ser capaz de hacerse algunas preguntas para esclarecer el contexto de la acción (¿Cómo se organiza la familia (sociedad patriarcal/matriarcal)? ¿Lugar del niño? ¿Cuáles son los tabúes vinculados al tema de la acción (por ejemplo prohibiciones alimentarias)? ¿Cuál es la estructura jerárquica del grupo?...). Aunque la bibliografía no proporcione todas las respuestas, permitirá que aparezcan nuevas problemáticas y preguntas que se harán más adelante.

*A continuación*, recoger testimonios y descripciones, hacer una serie de estudios de caso. Para ello, es necesario encontrar lugares de expresión y hacer frente a preocupaciones, procedimientos e interrogaciones diversas, propicias a la reflexión y al diálogo.

1-establecimiento de los distintos grupos para las investigaciones:

Se recomienda: el debate colectivo en pequeños grupos específicos: las mujeres, los hombres, los jóvenes y los ancianos... Es necesario reunir pequeños grupos, con afinidades



# DRAFT

comunes, para que la palabra no sea censurada o dificultada. Además, estos pequeños grupos permitirán cotejar las informaciones obtenidas.

2-Localización de los lugares de expresión para los grupos de discusión:

Privilegiar la elección de espacios en función de la composición de los grupos: escoger el local de la asociación de jóvenes, una casa para las mujeres etc...

3- Los Temas del Debate:

El cuestionario de investigación debe ser establecido por temas para facilitar la obtención de respuestas: Las necesidades específicas de los grupos, los conocimientos y prácticas sobre tal o tal enfermedad, el horario habitual de estas personas, los recursos en salud para las poblaciones (medicina moderna/tradicional, estructura de cuidados sanitarios, asociación/ONG, sistema de ayuda mutua), la influencia de otras ONGs y antiguos programas...

Tipo de preguntas que deben hacerse

- ❖ Sobre la enfermedad: ¿De dónde viene la enfermedad/práctica? ¿Qué nombre se le da? ¿Cuándo se manifiesta? ¿Qué es lo que favorece la manifestación de esta enfermedad? ¿Cuáles son los síntomas? ¿Es ésta una enfermedad "vergonzosa"? ¿Cómo tratan esta enfermedad los curanderos? ¿Cuál es el tratamiento doméstico para esta enfermedad?...
- ❖ Sobre la organización familiar: ¿Cómo se organiza el día de una mujer/hombre/niño? ¿En una familia, quién toma las decisiones importantes respecto a la salud? ¿Quién controla el presupuesto? ¿Cuáles son las principales dificultades? ...
- ❖ Al terapeuta tradicional/marabú/brujo/partera: ¿Cuáles son las enfermedades más comunes? ¿Cuáles son las necesidades de las poblaciones? ¿Cuáles son las dificultades a las que se enfrentan? ¿Qué es lo que esperan/temen de una acción?...
- ❖ En torno a lo que está en juego: ¿Quién tiene el poder de decisión? ¿Quién maneja y controla habitualmente los proyectos? ¿Cuáles son los intereses económicos en juego? ¿Quiénes son los ganadores y los perdedores?
- ❖ ¿Qué es lo que las poblaciones recuerdan de intervenciones anteriores realizadas por otras ONGs? ¿Qué es lo que opinan de las actividades todavía en curso? ¿Qué idea se hacen de la intervención que va a tener lugar?...

4- Comunicación de los resultados a las poblaciones: A continuación es bueno reunir a todos los grupos, preservando el anonimato, para examinar los principales temas planteados y comparar puntos de vista.

La introducción de un programa puede hacer surgir confrontaciones entre poblaciones que no tengan los mismos intereses. Por ello es necesario conocer sus reticencias. Esta discusión en grupo permitirá que surja una dinámica de grupos: las relaciones de fuerza, los grupos dominantes/dominados..., información que será útil para la identificación de las personas-recursos y para la introducción del proyecto en la sociedad beneficiaria.

Por otro lado, a través de los intercambios y del debate se va a generar un saber común. Lo que importa no son las diferencias culturales en relación con la salud sino la sabiduría común que se va a crear en torno al debate. Esta discusión puede permitir que aparezca información sobre el modo de realizar el proyecto.

En la medida de lo posible los grupos de discusión deberían concluirse con entrevistas individuales (de preferencia semi-directivas):



# DRAFT

Hacer describir un trayecto terapéutico sobre un tema determinado, por ejemplo una enfermedad, con la ayuda de una guía de entrevista.

Otros modos de adquisición de conocimientos como las entrevistas individuales, los estudios de caso, las biografías permitirán refinar las informaciones obtenidas.

5-Taller de restitución y de síntesis para una capitalización de los elementos recogidos en forma de fichas temáticas:

*!!!Cuidado!!!* Es necesario entender bien que los datos recogidos son herramientas de información y en ningún caso pueden ser considerados como una verdad establecida: no se puede solidificar o fijar las culturas. Además, sería peligroso definir el contexto social de una población en base sólo a algunas creencias que se suponen generalmente compartidas, esto haría omisión de la heterogeneidad de las poblaciones. Se trata sobre todo de establecer una base de datos diversificada que permita entender a la población desde diversos ángulos.

Las fichas deben poder permitir:

- elaborar conocimientos significativos y utilizables sobre las poblaciones y sobre lo que quieren
- intentar extraer los vínculos que existen entre las necesidades, las percepciones y el proyecto
- construir una base de datos con el vocabulario utilizado por la población para hablar de la enfermedad, de sus causas, de su tratamiento, y también del cuerpo humano, su funcionamiento, tratamientos y las razones de su eficacia etcétera. Un contacto a través del idioma local proporciona una verdadera introducción para el estudio de las formas culturales de concebir la salud, la enfermedad y también para la mejora de la relación médico/paciente...

## 2 - Estrategias interculturales en la planificación: encontrar una lengua común

Aquellas poblaciones que han sido apartadas durante la fase de planificación pueden adoptar una actitud de distanciamiento en la fase de aplicación.

La consideración de los factores culturales tiene un carácter transversal, no se puede reducir al simple ámbito social. Esto se debe tener en cuenta en las distintas fases de la planificación del proyecto.

Dos objetivos específicos:

- Incorporación de los elementos socioculturales recogidos en las distintas etapas de planificación
- intervenciones, actividades, medidas, prácticas: tomar en cuenta las necesidades expresadas por las poblaciones durante el diagnóstico

Metodología: La incorporación de los elementos socioculturales obtenidos y formalizados durante el diagnóstico debe hacerse en distintas etapas:

- 1- Durante el análisis de contexto: la consideración de los elementos recogidos sobre las normas, los valores, las prácticas y conocimientos populares así como la disponibilidad de las poblaciones seleccionadas, debe permitir dar cuerpo al análisis de contexto puesto que estos elementos culturales clave constituyen importantes factores para el establecimiento de un proyecto.



# DRAFT

Lo que está en juego es encontrar en las percepciones y prácticas populares un punto de apoyo para aquellas que sean fieles a las actividades

- 2- En la formulación de dificultades: Entre las posibles dificultades es necesario incluir las reticencias expresadas por las poblaciones.

Es necesario entender la influencia de otras ONGs en el lugar, o de antiguos programas: clima de competencia que puede explicar recuperaciones y reinstrumentalizaciones

- 3- El primer diagnóstico también debe permitir identificar a las personas-recurso y las líneas de poder: representantes elegidos por la comunidad, jefe de poblado, marabú, parteras...

- 4- La elección en las intervenciones y los criterios de prioridad.

Si el diagnóstico inicial permitió establecer las necesidades y peticiones de las poblaciones beneficiarias del proyecto, es necesario definir lo que es posible poner en común. Eso permite que el proyecto esté cultural y socialmente integrado.

En la fase de identificación de acciones, encontrar un área común de intervención con las poblaciones puede dar un "impulso" a la voluntad participativa, en particular, presentando distintos métodos y definiendo con la población aquellos que parezcan los más adecuados.

- 5- En la implantación: es necesario poder incorporar los elementos de vocabulario utilizados por las poblaciones para hablar del tema de la acción o de la enfermedad. Se podría incluso dar un nombre en el idioma local al proyecto.

## 3- Establecimiento y seguimiento

Tres objetivos específicos:

- Formación y seguimiento de los profesionales encargados de escuchar a las poblaciones: cuestiones de ética, consideración del contexto sociocultural, del idioma en el proceso de cuidados sanitarios
- Establecimiento de indicadores de la consideración de elementos socioculturales
- Evaluación intermedia para reajustes

### *-La formación*

Se trata de formar al profesional para la utilización de datos socioculturales con el fin de mejorar la oferta de cuidados sanitarios y de enseñarle a prestar más atención a lo que dicen las poblaciones para una mejor comprensión de las lógicas de comportamiento. La formación debe poder ofrecer algunas de las herramientas utilizadas por los antropólogos sin pretender por ello convertir a los profesionales del desarrollo en antropólogos.

Concretamente, la formación debe permitir al profesional no alarmar el saber local y popular, no confrontarlo, sino más bien negociar con éste, con el fin de ponerse de acuerdo y dar un espacio a las concepciones populares y prácticas sanitarias.

Al final de la formación, el profesional debe entender la influencia que tienen la cultura y la organización social en los modos de concebir la enfermedad, de explicarla y tratarla (tanto en las sociedades tradicionales como en las modernas). Igualmente debe entender la importancia de tomar en cuenta estos elementos en su actividad diaria. Todas las enfermedades son objeto de clasificaciones, interpretaciones y prácticas, y como tales pueden ser objeto de investigación.

A tal fin, el profesional dispondrá de una base de datos que incluya referencias a los estudios de ciencias sociales (artículos, comunicaciones, referencias de libros ...) relativos a las zonas geográficas y los temas de acción. Tras la lectura, el profesional deberá realizar a una observación empírica, con entrevistas y un análisis de las diversas relaciones y



# DRAFT

conversaciones con las poblaciones. Por cuestiones prácticas, el ejercicio se sistematizará en forma de investigaciones socio-antropológicas rápidas. Será necesario formular las preguntas y elaborar guías de entrevista semi-estructurada que los profesionales utilizarán con las familias y los trabajadores de salud. Después de este trabajo de preparación, se consagrará un día para entrevistas en el terreno con las familias y el personal en el puesto, de puerta en puerta, con varias reuniones oficiales o de barrio. Más concretamente, esta recopilación diaria de datos permitirá examinar cómo los conocimientos y las prácticas pueden insertarse en los conocimientos biomédicos, y cómo contribuyen a las prácticas de cuidados y prevenciones. Será necesario entonces conceder gran importancia a las numerosas notas que se tomen "en vivo" durante conversaciones espontáneas, que tengan lugar entre familias, con el trabajador de salud (preguntas hechas, observaciones, comentarios...). Estas notas se insertarán en un "diario de a bordo" y permitirán cotejar la información y verificar determinados datos recopilados en la etapa de diagnóstico. Será entonces posible reformular preguntas durante entrevistas de evaluación y profundizar en algunos puntos relativos a estas notas. La observación del proceso de cuidados deberá ser anotada y verbalizada en la medida de lo posible cuando se reflexione sobre las reuniones mantenidas.

La síntesis de estas impresiones, inevitablemente parciales y fragmentarias por el poco tiempo disponible, permitirá sin embargo elaborar objetivos para una consideración de los factores socioculturales en el planteamiento del proyecto.

## *-Establecimiento de indicadores de consideración de elementos socioculturales*

En esta fase, el profesional debe estar en condiciones de aportar un conocimiento básico sobre la cultura local. Debería poder comenzar a contestar preguntas sobre:

- prácticas: por qué se hace eso, desde cuándo, por qué está admitida esta práctica etc....
- enfermedades: su nombre en el idioma local, su etiología, los modos tradicionales o modernos de tratarla conocidos por las poblaciones
- itinerarios terapéuticos: las prácticas reales ante ofertas de cuidados diversos
- descripción de diversas categorías de personas: papel social del terapeuta tradicional, de la partera, del jefe religioso...

El profesional debe también proporcionar una recopilación objetiva de las dificultades de la intervención (los desajustes entre lo que estaba previsto y lo que se está haciendo) y otra recopilación subjetiva (las dificultades experimentadas por los agentes en el terreno).

Estos datos serán anotados con el fin de ser capitalizados y utilizados como indicadores de consideración de los elementos socioculturales.

## *-Evaluación intermedia*

Con el fin de tener una mejor perspectiva de sus propias categorías, y de no subestimar la influencia de sus intervenciones el profesional deberá realizar una evaluación intermedia del programa, con una reflexión sobre las prácticas.

Una evaluación sobre la consideración de los factores socioculturales centrada en el proceso y la ejecución de los proyectos, paralela a la actividad, nos parece la más adecuada para considerar los cambios que se realicen durante las intervenciones. Ello requiere tomar en cuenta los efectos secundarios, no anticipados de la intervención. Además las evaluaciones centradas en el estudio de los procesos permiten a menudo contestar a una buena parte de las preguntas referentes al impacto



## DRAFT

Hay que hacerse las siguientes preguntas: ¿Qué efectos negativos se han creado? ¿Se ha producido un comienzo de apropiación? ¿Qué se puede recordar?

Para los profesionales, nos parece necesario favorecer las evaluaciones intermedias con el fin de formalizar y organizar un proceso de aprendizaje informal, y para realizar rectificaciones que sean útiles:

- ❖ interrogar la memoria oral de los protagonistas.

Hacer, de modo oral, reconstituciones históricas del proyecto permite identificar desajustes. Es necesario reconstruir los recuerdos que no estaban incluidos en el plan inicial, investigando sobre la historia del proyecto para ver si hay cosas que se entendieron mal. Esto permite ver cómo se adapta el proyecto a la realidad en movimiento.

- ❖ traducir esta información en propuestas concretas y operacionales: ¿Qué se puede aprender de estos desajustes?
- ❖ Comparar con otras regiones para identificar problemas que se repiten en otros procesos de intervenciones y así contribuir a una reflexión general.
- ❖ Capitalizar para formaciones futuras, realizando entrevistas sobre las dificultades experimentadas por los expatriados en el terreno y anotándolas en fichas temáticas
- ❖ Identificación de los puntos fuertes y debilidades del proyecto
- ❖ Discusión: abierta a todos
- ❖ Capitalización: La evaluación intermedia debe servir para proyectos futuros

Evaluación intermedia, objetivos:

Estas evaluaciones estarán enfocadas hacia la consideración de los puntos de vista de los beneficiarios de la actividad (Olivier de Sardan, 1993), evitarán que se realicen reapropiaciones no deseadas y permitirán que evolucionen las ideas de las personas-enlace respecto a la población y su interacción con ella. Ello requiere un “feedback” de los resultados de la evaluación a los agentes.

- ❖ Preguntarse cómo han entendido los beneficiarios las actividades y cómo las han incorporado a sus propios conceptos: ¿Cómo influyen las interpretaciones populares en torno a la enfermedad en las estrategias de la intervención? ¿Modifica el proyecto las percepciones y las conductas de los beneficiarios? ¿De qué modo van a entender los beneficiarios las actividades, y cómo van a apropiarse o no de ellas?
- ❖ buscar entre las ideas tradicionales un punto de apoyo para aquellas que sean conformes con los conocimientos científicos, aunque resulte imposible una traducción pura y simple. Es necesario definir lo que es posible transmitir por medio de tal idioma o en tal contexto lingüístico, y en qué condiciones.
- ❖ pedir a las poblaciones que evalúen los puntos fuertes y las debilidades del proyecto
- ❖ evaluación de la participación de los protagonistas locales: averiguar sus intereses y dificultades

¿Qué impresión tienen del proyecto? ¿Cuáles son sus motivaciones? ¿Qué dificultades y necesidades han formulado? ¿Cuáles han sido sus conductas frente al proyecto? ¿Se ha producido un desvío de las intervenciones?

### *Evaluación participativa*

Esta evaluación puede llevarse a cabo de modo participativo involucrando al conjunto de los protagonistas del proyecto (operadores centrales y locales, beneficiarios) por medio del establecimiento de un equipo de evaluación, en todas las decisiones relativas a la evaluación. En particular, todos los protagonistas participan a la elaboración de las preguntas de la evaluación, a la selección de la interpretación de la información recogida, y



# DRAFT

a la formulación de las recomendaciones. El principal interés de la evaluación participativa es el de constituir un dispositivo de comunicación y de negociación entre los diversos participantes. Abrir la evaluación a la población, además de los motivos ideológicos, permite reconocer de manera explícita su poder para influir en el desarrollo y los resultados de la intervención. Se establece aquí un mecanismo que va a permitir un intercambio de la información y posiblemente una negociación. Todos los participantes van a poder obtener determinadas informaciones que podrán ser útiles en función de sus intereses particulares<sup>21</sup>. En esos talleres se observan (re)motivaciones, reactivaciones de dinámicas, ajustes y negociaciones mutuas aunque eso no cancela la existencia de intereses y estrategias propias. Esta evaluación tiene un gran interés en términos de resultados: aumenta la credibilidad de los profesionales ante las poblaciones, y obliga hasta cierto punto a que los profesionales y las personas-recursos tengan en cuenta las ideas que han sido expresadas, o al menos les será más difícil ignorarlas. Por parte de las personas-recursos, esto permite romper con la imagen negativa de la evaluación, a menudo considerada como una potencial amenaza o una forma de control.

#### 4- Evaluación final: Tabla evaluativa detallada (modelo en apéndice)

Evaluación que deberá permitir un enfoque global tanto del proyecto como del contexto social y cultural en el cual se desarrolla. La evaluación debe permitir mejorar la comprensión de los elementos cualitativos y tomar perspectiva para orientaciones futuras en la consideración de los factores sociales y culturales del acceso a la atención sanitaria.

El cuadro puede permitir evaluar las divergencias entre los objetivos en su contexto oficial y su ejecución efectiva. Pero también permitirá examinar hasta qué punto ha sido aceptado un proyecto y su integración en las categorías socioculturales de las poblaciones. A través de estos dos tipos de cuestionamiento, el análisis podrá describir de modo preciso la manera en que este proyecto establece una relación con sus destinatarios.

Esta evaluación consiste en:

- analizar todos los elementos del proyecto, presentando en cada etapa lo que funciona o no
- intentar comprender lo que el proyecto ha producido concretamente a nivel local
- cuestionar las prácticas de conceptualización y de realización del proyecto y las prácticas de cuidados por los agentes de MDM

---

<sup>21</sup> Lefèvre P. et Kolsteren P., 2007



**DRAFT**

## Conclusión y perspectivas

En todas las sociedades, existen factores socioculturales que influyen profundamente en el modo que tienen las personas de percibir su cuerpo y administrar su salud. La intervención sanitaria como relación supone necesariamente la aparición de conflictos entre diferentes interpretaciones de la salud, a menudo difícilmente compatibles.

Estas ideas, comportamientos, creencias van a revelar los límites y el impacto de los programas de ayuda y nos invitan a tener más prudencia en la elaboración y la ejecución de las intervenciones. Protecciones mágico-religiosas, prohibiciones alimentarias, relaciones de poder en las familias o en los grupos van a constituir un conjunto de dificultades que pueden tener cierto peso a la hora de acceder a los cuidados sanitarios. Es indispensable que el proyecto sea compatible con los valores, las creencias y las prácticas culturales de los destinatarios. Conocer estos factores socioculturales es un modo eficaz de intervenir en las poblaciones afectadas. Reconocer las diferencias culturales, no es sencillamente constatar la multiplicidad de maneras de hacer, sino que también es entender las diferencias que hay de una cultura a otra en el modo de pensar la enfermedad y el cuidado. Ignorar esas diferencias de hacer y de pensar puede entonces parecerse a un rechazo de (re)conocimiento y provocar una desconfianza y resistencia frente a proyectos que no tratan de entender la cultura de recepción.

Porque todo proceso de desarrollo pasa por el reconocimiento y el respeto de las diversidades culturales, porque los programas de desarrollo sanitario no deben significar que se rechaza el entender las maneras de pensar la enfermedad; reconocer las diferencias socioculturales en la salud, es también reconocer al Otro en el procedimiento, el intercambio y el encuentro.



**DRAFT**

## Bibliografía por temas

### Obras generales

Adam Ph. Et Herzlich C, 1994, *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Nathan Université, Paris.

Benoist J. - 1985. - "Une anthropologie médicale pour les anthropologues et les médecins". - *Bulletin d'ethnomédecine* (Paris) 33(1), p. 85-96

Benoist J, 1981, « Sur la contribution des sciences humaines à l'explication médicale », *Anthropologie et Sociétés*, vol.5 no 2, pp.\_-15, Québec

Fainzang S., 2001, «L'anthropologie médicale dans les sociétés occidentales. Récents développements et nouvelles problématiques», *Sciences sociales et santé*

Good B.J, 1994, *Comment faire de l'anthropologie médicale ? Médecine rationalité et vécu*. Les empêcheurs de penser en rond, Institut Synthélabo, Le Plessis-Robinson.

Sciences Sociales et Santé. - 1999. - Problèmes théoriques et méthodologiques en anthropologie de la santé dans les pays de l'Amérique latine. - *Sciences sociales et santé* (Toulouse) 17 (1)

### Salud pública

Brunet-Jailly J. (éd.), 1997, *Innover dans la santé. Expériences d'Afrique de l'Ouest*. Karthala, Paris.

Dozon J.P et Fassin D. (ss dir), 2001, *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Voix et Regards, Balland

Fassin D., 2000, *Les enjeux politiques de la santé, Etudes sénégalaises, équatoriennes et françaises*, Paris, Karthala

Fassin D et Defossez A.C, 1992, « Une liaison dangereuse : sciences sociales et santé publique dans les programmes de réduction de la mortalité maternelle en Equateur. » *Cahier des Sciences Humaines*, 28 (1), 23-36

Hours B., 1987, « Du droit à la santé aux droits de l'homme: le retour de l'ethnocentrisme », *L'Homme et la société*, n°3-4 : 13-23.

Hours B. 1992, (en collaboration avec M. Selim). " Santé et marché en Asie ". *Mondes en développement*, 93, XXIV

Massé R., 1995, *Culture et santé publique : les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*, Montréal, Gaëtan Morin.



# DRAFT

Massé R., 2003, *Ethique et santé publique : enjeux, valeurs et normativité*. Les Presses de l'université de Laval, Québec.

Tavares Soares L., 2003, « Les transformations du système de santé et leurs répercussions sur les femmes: le cas du Brésil » : 39-53 in Saillant F. et Boulianne M. (s.dir), *Transformations sociales, genre et santé* Québec, Presse de l'Université Laval, L'Harmattan

## **Sobre los factores socioculturales de la enfermedad**

Albrecht J, Asif A, 1995, « father's perception of child health in a squatter settlement, Karachi », *Health Transition Review*, vol 5, N°2

Baxerres C., J-Y Le Hesran., 2004, « Recours aux soins en cas de fièvre chez l'enfant en pays Sereer au Sénégal : entre contrainte économique et perception des maladies. », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 22, n°4, p. 5-21

Benoist J et Cathebras P., 1993, « The body: from an immateriality to another », *Social Sciences and Medicine*, vol. 36, no 7, pp. 857-865

Bonnet D., 1995, « Identité et appartenance : interrogations et réponses moose à propos du cas singulier de l'épileptique », *Cahiers de Sciences Humaines*, (2) : 501-522

Desjeux D., Favre I., Simongiovani J., 1993, *Anthropologie d'une maladie ordinaire. Etude de la diarrhée de l'enfant en Algérie, Thaïlande, Chine et Egypte*, Nutrition et santé, Paris, L'Harmattan

Early E. A. - 1982. - "The logic of well-being: therapeutic narratives in Cairo, Egypt". - *Social science and medicine* (New York) 6, p. 1491-1497

Gruénais M.E., 1985, « Mariages en ville et malnutritions aiguës ». *Sciences Sociales et Santé*, 3 : 57-83

Good B., Good M-J Delvecchio. - 1993. - "Au mode subjectif: la construction narrative des crises d'épilepsies en Turquie". - *Anthropologie et sociétés* (Québec) 17 (1-2), p. 21-42

Jaffré Y. et J.-P Olivier de Sardan., 1995, « *Tijiri*, la naissance sociale d'une maladie », *Cahiers des Sciences Humaines*, 31 (4) : 773-795.

Laplantine F. 1999, « Maladie, guérison et religion dans les mouvements pentecôtistes latino-américains contemporains », *Anthropologie et sociétés*

Mitrani P ; 1978 ; « Salud y enfermedad en la concepción Yaruro (Ensayo de Antropología Médica). Santé et maladie selon la conception Yaruro (Essai d'anthropologie médicale)", *Montalban Caracas*, Vol.8 ; pp. 329-390

Ong A. - 1988. - "The production of possession: spirits and the multinational corporation in Malaysia". - *American ethnologist* (Arlington)15, p. 28-42



# DRAFT

Zempléni A., 1985 " La "maladie" et ses "causes". Introduction " L'Ethnographie, 96-97, 1985.

## Sobre la prevención

Aïach P., Bon N. et Deschamps J.-P. (éd), 1992, *Comportements et santé. Questions pour la prévention*, Vandoeuvre-lès-Nancy, Presses universitaires de Nancy.

Cherubini B., 2004, « L'apport de l'anthropologie à la mise en œuvre d'une politique de prévention : du vécu de la maladie à l'analyse du raisonnement préventif », *Autrepart* ; 29 : 99-115

Decache A., et Meremans P., 2000, « L'éducation pour la santé des patients : un carrefour de la médecine et des sciences humaines », in B. Sandrin-Berthon (éd.), *L'éducation du patient au secours de la médecine*, Paris, PUF, p. 147-167.

Jaffré Y., 1991, « Education pour la santé et conceptions populaires de la prévention. A propos d'un programme d'amélioration de la couverture vaccinale au Burkina Faso », *La revue du Praticien-Médecine Générale*, t.5, n°154 : 2489-2494.

Jaffré Y., banos M.-T., Kabo M., Moussa F., 1993, « Prévention et communication dans le cadre d'un programme de santé oculaire », *Cahiers Santé*, 3, p. 9-16

## Salud de la madre y del niño/nutrición

Bonnet D, 1996, « Présentation. La notion de négligence sociale à propos de la malnutrition de l'enfant. » *Sciences Sociales et Santé* ; 14 : 5-16

Desclaux A., 1996, « De la mère responsable et coupable de la maladie de son enfant », in : J. Benoist (sous la dir. de), *Soigner au pluriel*, Paris, Karthala, p. 251-279.

De Garine I., 1996, « Aspects psychoculturels de l'alimentation : motivation des choix. Interdits et préférences. », in : Froment A, De Garine I, Bikoi C.B, et al., eds. *Bien manger et bien vivre. Anthropologie alimentaire et développement en Afrique intertropicale : du biologique au social*. Paris, L'Harmattan, 345-346

Farmer P. - 1988. - "Bad blood, spoiled milk: bodily fluids as moral barometers in rural Haiti" - *American ethnologist* (Arlington)15, p. 62-83

Gojard S., 2000, « L'alimentation dans la prime enfance. Diffusion et réception des normes de puériculture », *Revue française de sociologie*. 41-3.

Hoérée T., Kolsteren P., Roberfroid D., 2002, « La prise en charge de la malnutrition chez les enfants préscolaires : le rôle des services de santé locaux », *cahiers d'étude et de recherches francophones : Santé*. Volume 12, Numéro 1, 94-9, Janvier- Février, Approches multiples.

Launer L.J, Habicht J., 1989, "Concepts about infant, health, growth and weaning : a comparaison between nutritional scientists and maduresse mothers". *Soc Sci Med*, 29 : 13-22



# DRAFT

Rezkallah N, Epelboin A. - 1997. - *Chronique du saturnisme infantile (1989-1994): enquête ethnologique dans des familles parisiennes originaires du Sénégal et du Mali*. - Paris : L'Harmattan. - 261 p.

Suremain C.E, 2000, « Dynamiques de l'alimentation et socialisation du jeune enfant à Brazzaville (Congo) ». *Autrepart* ; 15 : 73-91

## **Sobre el paludismo**

Agyepong I.A., 1992, "Malaria : ethnomedical perceptions and practice in an Adangbe farming community and implications for control", *Social Science Medecine*, 35 (2), 131-137.

Asenso-Okyere W.K., Dzator J.A., 1997, "Household cost if seeking malaria care. A retrospective study of two district in Ghana", *Social Science and Medecine*, 45 (5), 659-667

Audibert M., 2004, « Lutte contre le paludisme, approche économique des obstacles à son contrôle. », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 22, n°4

## **Sobre la sexualidad y las ETS/SIDA**

Balandier G., 1984, « Le sexuel et le social, lecture anthropologique », Cahiers Internat. De Sociologie, vol. LXXVI

Bardem I., Gobatto I., 1995, *Maux d'amour, vies de femmes ; sexualité et prévention du sida en milieu urbain africain*. L'Harmattan, Coll. Santé et Sciences Humaines, Paris, 174p.

Benoist J., 1996, « Le sida entre biologie, clinique et culture », in *Anthropologie et sida, bilan et perspectives*, Benoist J., Desclaux A., Ed. Karthala, Paris, pp. 5-10.

Desclaux, A., 2002 "L'observance en Afrique : question de culture ou « vieux problème » de santé publique ?" ANRS, L'observance aux traitements contre le VIH/SIDA Mesures, déterminants évolution collection sciences sociales et sida.

Desclaux, A.,S. Crochet et al. 2006, « Le « choix informé » des femmes séropositives qui doivent alimenter leur enfant : interprétations locales, limites et nouvelles questions » in *Sexualité et procréation confrontées au Sida dans les pays du Sud* Paris, CEPED

Fassin D., 1996, « Idéologie, pouvoir et maladie. Eléments d'une anthropologie politique du sida en Afrique », in : M. Cros, *Les maux de l'autre*, L'Harmattan, Paris.

Farmer P., 1990, "AIDS and accusation: Haiti, Haitians and the geography of blame", in: D. A. Feldman (ed.), *Culture and AIDS*, p. 67-91. - New York: Praeger.

Goldin C. S., 1994, « Stigmatization and Aids : Critical Issues in Public Health », *Social, Science and Medecine*, vol. 39, n°9, pp. 1359-1366.



## DRAFT

Hancart Petitet, P. (2005). « Mortalité maternelle au Ladakh : de la santé publique à l'anthropologie » in *Panser le monde, penser les médecines. Traditions médicales et développement sanitaire*. L. Pordié. Paris, Karthala.: 123-143.

Hancart Petitet, P. (2006). « Une perspective " intime " sur les soignants. Prévention de la transmission mère-enfant du VIH dans un hôpital de district en Inde du Sud ». *Sexualité et procréation confrontées au sida dans les pays du Sud*. A. Desgree du lou and B. Ferry. Paris, Ceped: 190-207.

Vernon D., 1996, « Un exemple d'anthropologie adaptée : un programme de prévention contre le sida pour les Noirs Marrons de Guyane », in Benoit J et Desclaux A., *Anthropologie et Sida, Bilan et perspectives*, Karthala, Paris, p 117-126.

### Sobre la salud comunitaria y la participación de las poblaciones

Blundo G., 1995, « Les courtiers du développement en milieu rural sénégalais », *Cahiers d'études africaines*, XXXV (1), 137 : 73-99.

Bruyn (De) M., 1992, « Women and Aids in Developing Countries », *Social, Science and Medecine*, Vol. 34, n°1, pp. 249-262.

Chauveau J.-P., 1992, « Le modèle participatif de développement est-il alternatif ? » *Bulletin de l'Apad*, 3, septembre 1992

Laurent P.-J., 1998, *Une association de développement en pays mossi. Le don comme ruse*, Karthala, Paris.

Laurent-Beq A., 1999, « Editorial. Les forums-citoyens : une contribution à la "démocratie sanitaire" ? », *Santé Publique*, vol. 11, N°1, v. 3-4.

Lavigne Delville P., 1992, « Groupements villageois et processus de transition », *Cahiers des Sciences Humaines*, 28 (2) : 327-343.

Paul B.D., et Demarest W.J., 1984, "Citizen participation overplanned : the case of health project in the Guatemalan community of San Pedro La Laguna", *Social Science and Medecine*, vol. 19., n°3 : 185-192.

Saillant F., 2001, « Transformations des systèmes de santé et responsabilité des femmes » : 221-247 in Hours B (s.dir.) *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*, Paris, Karthala

Saillant F, 1992, « La part des femmes dans les soins de santé », *Revue internationale d'action communautaire, prendre soin, lien sociaux et médiation institutionnelles*, 28, 68 : 95-105

Tessier, S, 1990 « Le diagnostic communautaire comme outil pédagogique », in *Interventions sanitaires et contextes culturels*, Toulouse, AMADES : 39-46.

### Sobre el desarrollo/ONG

WE CARE FOR THOSE WHO THE  
WORLD IS GRADUALLY  
FORGETTING

46/58

NOUS SOIGONS  
CEUX QUE LE MONDE  
OUBLIE PEU À PEU



## DRAFT

Bauber T., 1999, *Les enfants des rues d'Antananarivo et les morts: culture, psychopathologie, et intervention humanitaire*. Prisme (Quebec); 9(1): 24-33.

Bouchon Magali, 2006, « L'Education Pour la Santé au Sénégal », In *WHEP*, Académie des Sciences, IAP, Paris, (en ligne)

Bourdier F., 1999, « ONG et puissances publiques dans la lutte contre le sida en Inde : enjeux et répercussions sociopolitiques », *Revue Autrepart*, juin 1999, IRD, Paris.

J. Brunet-Jailly, 2003, « Une éthique de la recherche médicale immédiatement universelle : un moyen de protéger la recherche médicale des pays du Nord ? » in D ;Bonnet (dir.), *L'éthique médicale dans les pays en voie de développement*, Autrepart, Ed de l'Aube

Delaunay K., 1998, « Des ONG et des associations : concurrences et dépendances sur un « marché du sida » émergent. Cas ivoirien et sénégalais », in Deler J.-P et al. (éds.), *ONG et développement*, Paris, Karthala, pp. 115-141.

Dozon, J.P, 1991, « Le dilemme connaissance-action : le développement comme champ politique », *Bulletin de l'APAD* n°1

Fabbrizio C, Desjeux D., Dupuis X., 1995, *La dimension culturelle du développement, vers une approche pratique*, UNESCO, Paris

Fassin D. et Jaffré Y. (éd.), 1990, *Sociétés, développement et santé*, Paris, Ellipses.

Fassin D., 1996, « La production locale de la santé publique », *Prévenir*, numéro spécial "Ville et santé", 31 : 9-20.

Forde O. H., 1998, « Is imposing risk awareness cultural imperialism ? », *Social Science and Medecine* 47 (9) : 1155-1133.

Hours B., 1988, « Les politiques de santé du village à la planète : dépendance ou intégration » in Crousse, Delville, Mercier (éd.) *Les politiques de santé*, Bruxelles, Coll. Savoirs et santé De Boeck.

Hours B. et Selim M., 1989, *Une entreprise de développement au Bangladesh : le centre de Savar*, Paris, L'Harmattan.

Hours B., 1998, *L'idéologie humanitaire ou le spectacle de l'altérité perdue*. L'Harmattan, Paris.

Humanitaire., 2007, « Anthropologues et ONG : des liaisons fructueuses ? », Hors série n°4, Paris, éd. Médecins du Monde

Laplante J., Bruneau J., 2003, « Aperçu d'une anthropologie du vaccin : regards sur l'éthique d'une pratique humanitaire », *Historia, Ciências, Saúde\_Manguinbos* vol.10



## DRAFT

Lefèvre P. et Kolsteren P., « le développement comme arène : implications pour l'évaluation des projets », *Le bulletin de l'APAD*, n°8, *Les sciences sociales et l'expertise en développement*

Naudet J.D, 1999, *Trouver des problèmes aux solutions. Vingt ans d'aide au Sahel*, Paris, Editions de l'OCDE.

Olivier de Sardan J.-P., 1995, *Anthropologie et développement. Essai en socio-anthropologie du changement social*, Paris, Karthala.

Olivier de Sardan J.-P., Paquot E., (ss dir.), 1991, *D'un savoir à l'autre. Les agents de développement comme médiateurs*. La documentation française, Paris

Olivier de Sardan J.-P., 1991, « L'Anthropologie du changement social et du développement comme ambition théorique ? » *Bulletin de l'APAD*, n°1, Montpellier

Sanchez-Arnau J.-C., Desjeux D., (éds.), 1994, *La culture, clé du développement*. L'Harmattan/Unesco, Paris

Zempleni, A, 1990 « Réflexions », in *Interventions sanitaires et contextes culturels*, Toulouse, AMADES : 98-99.

### **Sobre la medicina tradicional, el pluralismo médico y el aspecto intercultural**

Benoist J., 1996, *Soigner au pluriel : essais sur le pluralisme médical*, Paris, Karthala

Benoist J, 1997, « Soigner dans des sociétés plurielles : les leçons du monde créole », in M.C. Hazaël-Massieux et D. de Robillard, *Contacts de langues, contacts de cultures, créolisation*, pp. 333-348. Paris, L'Harmattan, 1997, 475 p.

Bibeau G. et Tremblay J., 1980, « Résistance et soumission face à l'émergence d'une autre conception de la santé », *Union médicale du Canada*, 109 (5) : 789-790.

Boy D, Michelat G., 1986. - "Qui y croit ?". - *Autrement* (Paris) 85, p. 93-97

Desjeux D., 1994, *Le sens de l'Autre. Stratégies, réseaux et cultures en situation interculturelle*, L'Harmattan, Paris.

Dozon J.P, 1988, « Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire ». *Politique Africaine*, n°28.

Dozon J.P, Sindzingre A.N, 1986, « Pluralisme thérapeutique et médecine traditionnelle », *la santé dans le tiers monde*, Prévenir, Paris

Fainzang S., 1981-1982, « La cure comme mythe, le traitement de la maladie et son idéologie à partir de quelques exemples africaines, in *Cahiers Orstom série Sciences humaines*, 18, 4 : 415-421.



## DRAFT

Fainzang S., 1985, « La « maison du blanc » : la place du dispensaire dans les stratégies thérapeutiques des Bisa du Burkina », *Sciences Sociales et Santé*, 3-4, 105-128.

Fainzang S., 1997, « les stratégies paradoxales. Réflexions sur la question de l'incohérence des conduites des malades », *Sciences sociales et santé*, vol 15, N°3, p. 5-23

Fassin D., 1997, « L'internationalisation de la santé, entre culturalisme et universalisme », *Esprit*, n°2, (février 97) 229 : 83-105.

Gonseth M-O., 1993-1994. - "La fracture: médecine sacrificielle et médecine occidentale chez les Ifugao des Philippines". - *Ethnologica helvetica* (Berne) 17/18, p. 505-532

Lock M., 1990. "Rationalization of Japanese herbal medication: the hegemony of orchestrated pluralism". - *Human organization* (Washington) 49, p. 41-47

Loux F, Saillant F., 1991. - "Saigner comme un bœuf: le sang dans les recettes de médecine populaire". - *Culture* (Québec) 20 (1-2), p. 151-163

Pordié, L. (2005). *Panser le monde, penser les médecines*. Paris, Karthala.

Saillant F., 1990. - "Les recettes de médecine populaire: pertinence anthropologique et clinique". - *Anthropologie et sociétés* (Québec) 14(1), p. 93-114

Tedlock B., 1987. - "An interpretive solution to the problem of humoral medicine in Latin America". - *Social science and medicine* (Oxford; Cambridge) 24, p. 1069-1083

Odina Sturzenegger, *Le mauvais oeil de la lune. Ethnomédecine créole en Amérique du Sud*, Karthala, Paris

Van Dormael M., 1997, « La médecine coloniale, ou la tradition exogène de la médecine moderne dans le Tiers Monde. » *Studies in Health Services Organisation and Policy* 1 : 1-39.

Young J, Garro L., 1982. - "Variation in the choice of treatment in two Mexican communities". - *Social science and medicine* (Oxford; New York) 16, p.1453-1466

Zimmermann F., 1995. - *Généalogie des médecines douces: de l'Inde à l'Occident*. - Paris: PUF

### **Sobre la relación médico/paciente**

Bouchon M., 2006, « Les soignants en souffrance : les difficultés émotionnelles des soignants en interaction avec la douleur, la maladie et la mort, dans un service de pathologies lourdes et chroniques à l'hôpital national du point G, Bamako (Mali), *Face à Face, regards sur la santé*, n°9 (en ligne)

Dujardin B., 2003, *Politiques de santé et attentes des patients. Vers un nouveau dialogue*, Karthala, Paris



## DRAFT

Cook J., Dommergues J.-P., 1993, *L'enfant malade et le monde médical : dialogue entre familles et soignants*, Paris, Syros

Jaffré Y., 1996, « Dissonances entre les représentations sociales et médicales de la malnutrition dans un service de pédiatrie au Niger », *Sciences sociales et santé*, vol. 14, n°1, 41-71.

Jaffré Y. et Prual A., 1993, « Le corps des sages-femmes », entre identités professionnelle et sociale. *Sciences Sociales et Santé XI (2)* : 63-80.

Jaffré Y. et Olivier de Sardan J-P (ss dir.), 2003, *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Hommes et Sociétés, APAD-Karthala, Paris

Mercadier C., 2002, *Le travail émotionnel des soignants à l'hôpital*, Serli Arslan, Paris

Pouchelle M.C., 2003, *L'hôpital corps et âme*, Serli Arslan, Paris

### **Metodología**

Bierschenk T. et Olivier de Sardan J.-P., 1994, « ECRIS : enquête collective rapide d'identification des conflits et des groupes stratégiques », *Bulletin de l'APAD*, 7 : 35-43

Desclaux A., 1992 ; « Le RAP et les méthodes anthropologiques rapides en santé publique ». *Cahiers Santé*, 2 : 300-6

Estryn-Beharn, 1991, *Guide des risques professionnels du personnel des services de soins*, Lamarre, Paris

Goldberg M., Melchior M., Leclerc A. et Lert F., 2002, « Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et des sciences sociales de la santé », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 20, N°4, P. 75-128

Jaffré Y., 1996 « L'interprétation sauvage », *Enquête*, Interpréter, Surinterpréter, [En ligne], URL : <http://enquete.revues.org/document513.html>

Myers G. E. et Myers M. T ; 1984, *Les bases de la communication interpersonnelle. Une approche théorique et pratique*. Mc Graw-Hill, Québec

Peneff Jean. - 1992. - *L'hôpital en urgence: étude par observation participante*. - Paris: AM Métaillé.

Ruszniewski M., 1999, *Le groupe de parole à l'hôpital*, Dunod, Paris

### **Sobre los medicamentos**

Ankri J ; Le Disert D ; Henrad J.C, 1993, « Comportements individuels face aux médicaments, de l'observance thérapeutique à l'expérience de la maladie, analyse de littérature ». *Santé Publique* 4



# DRAFT

Benoist., 1999, « À propos du rapport entre dimension technique et médiation symbolique dans le médicament » : 383-394, in O. Faure (dir.), *Les thérapeutiques : savoirs et usages*. Lyon, Fondation Marcel Mérieux.

Cunningham C., 1970, « Thai "Injection Doctors", Antibiotic Medicators », *Social Science and Medicine*, 4: 1-24.

Desclaux A., 2001, « L'observance en Afrique : question de culture ou "vieux problème de santé publique"? » : 57-66, in Y. Souteyran et M. Morin (dir.), *L'observance aux traitements du VIH/sida : mesure, déterminants, évolution*. Paris, ANRS, Collection Sciences Sociales et Sida.

Etkin. L., 1994, « The Negotiation of "Side" Effects in Hausa (Northern Nigeria) Therapeutics »: 17-32, in N. L. Etkin et M. L. Tan (dir.), *Medicines: Meanings and Contexts*. Amsterdam et Quezon City, University of Amsterdam et HAIN.

Fainzang S., 2001, *Médicaments et sociétés. Le patient, le médecin et l'ordonnance*. Paris, Presses Universitaires de France.

Faure O. (dir.), 1999, *Les thérapeutiques. Savoirs et usages*. Lyon, Fondation Marcel Mérieux.

Greenhalgh T., 1987, « Drug Prescription and Self-medication in India: an Exploratory Survey », *Social Science and Medicine*, 42: 1155-1161.

Hardon A. P., 1987, « The Use of Modern Pharmaceuticals in a Filipino Village: Doctor's Perception and Self-medication », *Social Science and Medicine*, 25 : 277-292.

Haxaire C., 2002, « "Calmer les nerfs" : automédication, observance et dépendance aux médicaments psychotropes », *Sciences Sociales et Santé*, 20, 1 : 63-88.

Kamat V. R. et M. Nichter, 1998, « Pharmacies, Self Medication and Pharmaceutical Marketing in Bombay, India », *Social Science and Medicine*, 47, 6 : 779-794.

Laure P., Binsinger C., 2003, *Les médicaments détournés*, Masson, Paris

Lévy J.-J., J. Pierret et G. Trottier (dir.), à paraître, *Les traitements antirétroviraux : expériences et défis*. Québec, Presses de l'Université du Québec.

Mcvea K. L. S. P., 1997, « Lay Injection practices among Migrant Farmworkers in the Age of AIDS: Evolution of a Biomedical Folk Practice », *Social Science and Medicine*, 45 : 91-98.

Ngokwey N., 1995, « Home Remedies and Doctors Remedies in Feira (Brazil) », *Social Science and Medicine*, 40, 8: 1141-1153.

Okumura J., S. Wakai et T. Umenai, 2002, « Drug Utilization and Self-medication in Rural communities in Vietnam », *Social Science and Medicine*, 54: 1875-1886.



# DRAFT

Saradamma R. D., N. Higginbotham et M. Nichter, 2000, « Social Factors Influencing the Acquisition of Antibiotics without Prescription in Kerala State, South India », *Social Science and Medicine*, 50 : 891-903.

Taverne B., 2001, « Enjeux individuels et collectifs autour de la circulation des antirétroviraux », *Transcriptase Sud*, 6 : 32-36.



## Apéndices

### Apéndice 1.

#### ***Algunas pistas de metodología para la elaboración de un diagnóstico de consideración de factores socioculturales en el acceso a los cuidados***

El diagnóstico sociocultural que proponemos corresponden a ejes temáticos. Son principalmente reveladores de la toma en consideración del contexto cultural por los profesionales durante el diagnóstico y deben permitir iluminar el trasfondo sociocultural del acceso a los cuidados sanitarios de las poblaciones.

Estas preguntas se refieren tanto a los profesionales/estructuras de salud/proyectos como a las poblaciones de las que son objeto. Al hacer hincapié en las percepciones generales y los modos como los protagonistas se imaginan sus propias conductas, permiten acumular los conocimientos que darán lugar a intervenciones culturalmente apropiadas en un contexto dado.

Dada la imposibilidad objetiva de examinar todos los componentes de la problemática de una población, vamos a concentrarnos en algunos temas de actividades: El conocimiento "profano" sobre la enfermedad y los modos de transmisión del conocimiento, la organización social y familiar (en particular las relaciones sociales de género), las medicinas tradicionales, el sistema de salud moderno, los medicamentos y finalmente la ayuda internacional. El objetivo de este trabajo no es el de establecer una lista definitiva de preguntas e indicadores cualitativos si no el de sensibilizar a los agentes en cuanto a la importancia de los factores socioculturales en el tratamiento de los distintos problemas que plantea la cuestión del acceso a los cuidados para una población. MDM podría encontrar aquí otra razón para consolidar su papel respecto a la promoción de este planteamiento entre todos los profesionales del sector de la solidaridad internacional.

- El conocimiento "profano" de la enfermedad y los modos de transmisión del saber

Aquí se trata de diagnosticar los conocimientos que tiene una población sobre una enfermedad determinada en función de un tema de acción considerado, y los procesos de transmisión del saber y de las ideas populares. Este procedimiento permite identificar los desajustes entre los sistemas científicos y "profanos", lo que permite anticipar confusiones y encontrar un punto de acercamiento común.

Es necesario entonces interesarse en:

- la definición de la enfermedad y de la salud
- el modo de designación (verbalización del sufrimiento)
- el modo de identificación de los síntomas y de los indicios de la enfermedad o de la salud
- el esquema de explicación (sistema de causalidad)
- los procedimientos terapéuticos recordados
- las reacciones sociales hacia un individuo clasificado "enfermo" (exclusión, movilización de solidaridades, integración en estructuras específicas como el hospital o un lugar sagrado)
- transmisión del saber



## DRAFT

Este diagnóstico requiere la identificación de los agentes a través de los cuales se mueve la información o el saber "profano": los ancianos, los terapeutas tradicionales, los medios de comunicación... para mostrar las fuentes del saber (transmisión de madre a hija, a través del terapeuta tradicional, de la televisión/radio/periódicos, profesores, agentes religiosos, jefes de la comunidad...).

Tipo de preguntas que deben hacerse:

¿Cómo llaman a la enfermedad?
¿Creen las poblaciones que xxx es una patología o algo normal?
¿En qué momento consideran los padres que su hijo está enfermo?
¿Cuáles son el nivel de información y los modos de transmisión de esta información (familia, terapeuta tradicional, sistema de salud moderno, medios de comunicación, ONG...)?
¿Cuál es la percepción de los síntomas? ¿De la gravedad?
¿Cuál es el estatus social de esta enfermedad? ¿Es una enfermedad "vergonzosa"? ¿Hay una marginalización/estigmatización del enfermo?
¿Cuál es el tratamiento doméstico? ¿El tratamiento tradicional?
¿Para qué tipo de enfermedades se consulta a tal o tal sector de la medicina y por qué razones?
¿Cuál es el papel del entorno social en el tratamiento de la enfermedad?
¿Cuáles son las normas y principios religiosos en torno a la enfermedad?
¿Cuáles son las principales fuentes de conocimientos sobre la salud en la comunidad (papel del jefe religioso, del profesor...)?
¿Se ha integrado la prevención y la salud en los programas escolares?
¿Tienen las comunidades acceso a los medios de comunicación?

Ejemplo de diagnóstico sobre la salud reproductiva:

- ¿Qué es lo que se considera como un sufrimiento o una dolencia normal en los acontecimientos reproductivos (concepción, embarazo, parto, contracepción, etc.)?
- ¿Qué se considera como un sufrimiento o una dolencia anormal durante esos acontecimientos?
- ¿Qué se designa como enfermedad entre todas estas dolencias y sufrimientos padecidos durante los acontecimientos reproductivos?

Evaluar los conocimientos de contracepción entre los hombres y las mujeres:

¿Cuántos tipos de contraceptivos diferentes conoce la población?

Conocimientos en materia de fisiología de la reproducción entre las mujeres:

¿De qué tipo de conocimientos disponen los individuos en materia de fisiología y anatomía de la reproducción?

Conocimientos de los adolescentes en materia de planificación familiar y de ETS/SIDA:

¿Cuántos adolescentes conocen la utilización del preservativo?

Se trata de intentar valorar los conocimientos de los grupos beneficiarios, lo que permite captar los conocimientos desarrollados por la población con el fin de rectificar por un lado



## DRAFT

posibles falsas creencias y por otro utilizar los conocimientos comunes (conceptos, principios de causalidad, de argumentación etc.) en una intervención.

### ➤ La organización social y familiar

Estas preguntas deben considerar las variables género, posición en el grupo y situación socioeconómica de la familia

Tipo de preguntas que deben hacerse:

¿Cuál es la estructura de la familia (monogamia/poligamia; familia extensa)?
¿Cómo se organiza el día de una mujer/hombre/niño?
¿Cuáles son las relaciones hombre/mujer, joven/anciano, educado/no educado... (jerarquía, apoyo, solidaridad)?
¿Cuáles son las maneras de tratar los problemas de salud en la familia?
¿Quién toma las decisiones importantes respecto a la salud, en la familia? ¿En la comunidad?
¿Quién decide presentar a un niño o un adolescente al médico?
¿Quién controla el presupuesto?
¿Cuál es el tipo de vivienda (promiscuidad; moderno, tradicional)?
¿Cuáles son sus necesidades y expectativas con relación a la salud?
...

Aquí se trata de observar y medir objetivamente la división socio-sexual de las tareas relativas a la salud, los papeles y tareas asignados a las mujeres, a la hija pequeña, a los hombres y a los chicos así como el tipo de educación que se deriva de ello. Estos indicadores pueden ser relativos tanto a fuentes de autoridad o de referencia (textos religiosos, proverbios, medios de comunicación, libros escolares, etc.) como a conversaciones cotidianas (ideas y declaraciones hechas por los individuos). Los indicadores deben incorporar según el tipo de problema a resolver, variables como el género, la edad, el nivel de educación etc.

Por otro lado estas preguntas deben poder indicar las actitudes de los líderes comunitarios y de los que mantienen el orden (por ejemplo notables locales o agentes religiosos) hacia xxx (por ejemplo hacia la planificación familiar).

### ➤ Las medicinas tradicionales

¿Cuántos terapeutas tradicionales hay?
¿Cuáles son sus especialidades?
¿Cómo se transmiten sus conocimientos?
¿Para qué tipo de problemas son principalmente solicitados por las poblaciones?
¿Cuál es su estatus social y político en la comunidad? (poder)
¿Están organizados? ¿Cómo?
¿Qué tipo de colaboración tienen con el sistema de salud moderno? ¿Ya recibieron formación?
¿Existen experiencias previas de diálogo sobre sus conocimientos?
¿Cuáles son sus expectativas y temores respecto a la intervención?



# DRAFT

➤ El sistema de salud moderno

¿Cuánto tiempo se espera para una consulta? ¿Cuánto dura la consulta?
¿Para qué tipo de problemas se consulta al sector moderno? ¿A qué nivel de la evolución de la enfermedad?
¿Qué piensan los trabajadores de salud de las personas enfermas? (estereotipos)
¿Cuáles son los modos de relacionarse con los enfermos (empatía, violencia, indiferencia...)?
¿Cuál es la reputación de los trabajadores de salud?
¿Cuál es el salario de los trabajadores de salud? ¿Existen pagos informales para acceder a la atención sanitaria?
¿Cuáles son las dificultades diarias de los trabajadores de salud (falta de material, salario suficiente, muy solicitados...)?
¿Cuáles son las quejas de la población a su respecto?
¿Existe un código deontológico? ¿Secreto profesional?
¿Cuáles son las necesidades, requerimientos, expectativas de los agentes de salud respecto al proyecto?
...

El objetivo es el de conocer y entender las condiciones que determinan el recurso o no a un agente médico (médico, enfermero, farmacéutico, etc.).

Tiempo medio de espera en minutos	
Duración media de la consulta en minutos	
Número de pacientes insatisfechos con el sistema de salud moderno	
% de percepciones negativas del personal de salud	
Conocimientos del personal de salud sobre el recurso al sistema tradicional para xxx	
Número de quejas por incumplimiento de la ética o del secreto profesional	
Número de agentes de salud que reciben un sueldo superior a xxx	
Número de solicitudes de material por los agentes de salud que quedan sin contestar	

➤ Medicamentos

¿Cuáles son los medicamentos más comprados? ¿Para qué tipo de uso?
¿Qué nombre se da a los medicamentos más utilizados?
¿Cuáles son los conocimientos sobre la eficacia, los efectos secundarios, la posología de un medicamento utilizado?



## DRAFT

¿Se toman los agentes de salud el tiempo de explicar el tratamiento a seguir, los efectos secundarios...?
¿Cuál es la importancia del aspecto económico en el uso y la observancia (precio, gratuidad, reventa, uso desviado...)?
¿Existen reticencias de orden religioso, tomas de posición política, problemas jurídicos... con relación a los medicamentos?
¿Cuántas redes de distribución lícita e ilícita de medicamentos se pueden encontrar?
¿Dónde se encuentran los mercados ilícitos de medicamentos?
¿Qué importancia tiene la farmacopea tradicional?
¿Se encuentra integrada en el sistema de salud moderno?
...

### ➤ Ayuda internacional

Tipo de preguntas sobre la ayuda internacional:
¿Cuántas ONGs trabajan en el lugar?
¿Cuáles son sus actividades? ¿Sobre qué tipo de población?
¿Existe un organismo de coordinación de las intervenciones?
¿Cómo perciben las poblaciones la ayuda internacional?
¿Qué recuerdan las poblaciones de las intervenciones anteriores?
¿Cuáles son sus expectativas con relación a la nueva intervención?
¿Quién tiene, en la comunidad, una experiencia previa con los proyectos?
¿Qué interés tienen las poblaciones de participar en el proyecto?
¿Cómo pueden implicarse las poblaciones más vulnerables en el proyecto?

Estas preguntas podrán ayudar a medir el impacto de las intervenciones sobre las poblaciones (estado y ONG) en el ámbito de la salud, el grado de compatibilidad o incompatibilidad sociocultural de esas intervenciones, la amplitud y la distribución espacial de las intervenciones emprendidas en el área de xxx, las actitudes de las poblaciones hacia estas intervenciones (aceptación, rechazo, indiferencia).

### Conclusión

El objetivo consiste aquí en explorar algunas pistas para la elaboración de un sistema de indicadores cualitativos. Hemos puesto de manifiesto que este concepto consiste principalmente en buscar el sentido que los protagonistas confieren a su acción. Lo "cualitativo" que se suele oponer a lo "cuantitativo" no excluye de ninguna manera el recurso a las cifras. Así pues, hemos procedido a la exploración de algunas pistas relacionadas con algunos ámbitos clave de la problemática de la población y de la ayuda internacional. Dentro del abanico de indicadores que nos proporciona el paradigma cualitativo, hemos privilegiado indicadores de contexto cultural. Esta elección se justifica por el hecho de que estos indicadores deben supuestamente servir para el seguimiento y evaluación del proyecto. Nos quedan muchas áreas de incertidumbre puesto que estamos todavía en la fase de un primer intento de elaboración de indicadores cualitativos, pero dada la relativa novedad de esta posición, esto requiere además de paciencia, una experimentación en el terreno con el fin de ser realimentada de proyecto en proyecto por los propios agentes.



**DRAFT**

## Enlaces útiles

### **Laboratorios de investigación:**

- C R e C S S :Centre de recherche Cultures, Santé, Sociétés : [www.mmsh.univ-aix.fr/crecss](http://www.mmsh.univ-aix.fr/crecss)
- Institut de recherche pour le développement (IRD) : [www.ird.fr/](http://www.ird.fr/)
- CEPED, (Centre Français sur la Population et le Développement) : [www.ceped.org](http://www.ceped.org)

### **Asociaciones:**

- AMADES - Anthropologie médicale appliquée au développement et à la santé : [www.amades.net/](http://www.amades.net/)
- Nomad Recherche Soutien International : [www.nomadrsi.org](http://www.nomadrsi.org)
- Grupo URD : Urgence Réhabilitation Développement : <http://www.urd.org/>

### **Redes:**

- Doctorants Santé et Société : <http://doctorants.mshparisnord.org/>:
- Réseau Epidémiologie et Développement (RED) : [www.red.ird.fr/](http://www.red.ird.fr/) :

### **Investigación bibliográfica:**

- Bibenzine: Selección razonada de catálogos de bibliotecas y de centros de documentación en Ciencias Humanas y Sociales que se pueden examinar por Internet... [bibenzine.mmsh.univ-aix.fr/directory.asp](http://bibenzine.mmsh.univ-aix.fr/directory.asp)
- Anthropologie et sociétés : <http://www.erudit.org/revue/as/>
- Journal des anthropologues : <http://www.afa.msh-paris.fr/journal.html>
- Ciencias sociales y salud: [http://www.john-libbey-eurotext.fr/fr/revues/sante\\_pub/sss/sommaire.md](http://www.john-libbey-eurotext.fr/fr/revues/sante_pub/sss/sommaire.md)