



**CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS
SUPERIORES EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL**

DOCTORADO EN CIENCIAS SOCIALES

TESIS

*La prevención reto antiguo de enfermedades
contemporáneas: El instituto Mexicano del Seguro
Social-Jalisco frente a la hipertensión y la diabetes.*

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE DOCTORA EN CIENCIAS SOCIALES

PRESENTA

ANA ISABEL GAYTAN HERNANDEZ

DIRECTORES DE TESIS

DR. JAVIER GARCIA DE ALBA GARCIA

DR. AGUSTIN ESCOBAR LATAPÍ.

GUADALAJARA JALISCO JUNIO 2006.

DEDICATORIA

A los pies cansados diabéticos e hipertensos,
Vestidos de zapatos, guaraches, o desnudos
Que caminan los días todos,
Deseando salir de una sin razón interminable
Que llevan atada a sí, sin poder decir que la han escogido,
Por desgracia.
Abren la puerta y al ver todo opaco
Tropiezan con la antonomasia del espectáculo,
En la luna blanca,
En la lluvia pertinaz,
En la tierra mojada,
Encuentran un suelo permisible,
Aunque de manera fugaz,
Hasta lograr atraparlo.
Entonces surge radiante y altiva su figura
Para figurar, dejando la huella
Al paso del tiempo, imborrable,
Aunque mil tornados impetuosos
Pasen por ella, no logran destruirla,
Ni siquiera amenazarla, de tan fuerte.
Han logrado encontrarse
Consigo, y al fin de cuentas
El día de hoy termina lo irracional,
No aparece su sombra, ni siquiera su fantasma.

Ana Isabel



AGRADECIMIENTOS.

Agradezco a los pacientes diabéticos e hipertensos, a los trabajadores de las UMF y la delegación del IMSS-Jalisco por permitirme indagar en su intimidad.

Al Programa de Doctorado en Ciencias Sociales del CIESAS-OCCIDENTE.

Al CONACYT por su apoyo económico para estudiar el doctorado.

A los doctores Javier García de Alba García, Agustín Escobar Latapí y Horacia Fajardo Santana, por su apertura, su paciencia, su esmerada asesoría, su guía para la reflexión, su comprensión y su cariño que permitieron culminar este trabajo.

A Itzamara Yunué Rangel Gaytán y Cuitláhuac Rangel Gaytán por su apoyo emocional, su risa relajante y su colaboración doméstica y técnica.

A Arturo Rangel Figueroa por la perenne sensación de estar juntos en un sendero paralelo.



INDICE

INTRODUCCIÓN	7
I. VIVIR CON DIABETES E HIPERTENSIÓN. UNA TRAVESÍA A TRAVÉS DEL TIEMPO, EL ESPACIO Y LA EXPERIENCIA.	11
<i>Lucía. Una infancia nebulosa.</i>	12
<i>Un cuerpo y un futuro ondulantes.</i>	13
<i>La ronda de la muerte cerrando ciclos.</i>	16
<i>Alcanzando la cima del cielo, después bajar al plano terrenal.</i>	17
<i>Nostalgia, coraje, soledad, tristeza, dolor y diabetes.</i>	21
<i>El mundo confuso de los hospitales y la medicina.</i>	22
<i>Mucho trabajo, pocos placeres. No hay tiempo ni ganas para pensar en diabetes.</i>	24
<i>El proceso de identificarse y asumir la identidad de ser diabético.</i>	26
<i>El sincretismo de las alternativas. La sombra de la hipertensión y una atención al paciente, que no a las enfermedades.</i>	29
<i>El mundo de la esperanza. A pesar de la diabetes y la hipertensión.</i>	31
<i>Conjuntando el pasado, el presente y el futuro. Soltando bultos para hacer proyectos.</i>	33
<i>Ofrenda.</i>	35
II. SINGULARIDADES DE LA DIABETES Y LA HIPERTENSIÓN A TRAVÉS DE UN CRISOL ANTROPOLÓGICO.	37
<i>Introducción.</i>	37
<i>Del guión a la toma de la acción.</i>	42
<i>El proceso de la experiencia en el padecer y el atender.</i>	43
<i>El desafío antropológico para abordar un problema de salud.</i>	43
<i>Planteamiento del problema.</i>	44
<i>Interrogantes, objetivos y supuestos de investigación.</i>	45
III. DISEÑO DEL ESTUDIO, MARCO REFERENCIAL Y METODOLOGÍA.	47
<i>Introducción.</i>	47
<i>México avanzando entre la sanidad y la seguridad social.</i>	49
<i>Cambio social, demográfico y demandas de salud.</i>	50
<i>La necesidad de un nuevo enfoque de acercamiento a los problemas de salud.</i>	52
<i>La salud y la antropología médica.</i>	53
<i>Metodología y técnicas de investigación.</i>	54
<i>Diseño del estudio.</i>	54
<i>Categorías de estudio.</i>	54
<i>Conceptos ordenadores.</i>	55
<i>Normas éticas para la investigación con sujetos humanos.</i>	65
IV. EL IMSS, UNA INSTITUCIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD EN UN CONTEXTO DE MODERNIDAD Y GLOBALIDAD	66
<i>Los cambios demográficos y los nuevos retos del panorama en salud.</i>	67
<i>Transición estatal y políticas de salud.</i>	68
<i>Antecedentes históricos y el surgimiento del IMSS.</i>	70
<i>Políticas de seguridad social en el Estado de bienestar.</i>	71
<i>Las reformas a la seguridad social.</i>	72
<i>El IMSS en la dinámica de los vaivenes estatales.</i>	74
<i>El trasfondo de las reformas.</i>	74
<i>Hipertensión y diabetes: prevención, tratamiento y control en los programas de atención primaria.</i>	76
<i>Las premisas de los Programas integrados de Salud.</i>	78
V. LAS UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR DEL IMSS.	80
<i>Introducción.</i>	80
<i>Espacio geográfico de influencia.</i>	82

<i>Características sociodemográficas de la población derechohabiente</i>	84
<i>Pirámide de población.</i>	85
<i>Demanda de atención de hipertensión y diabetes</i>	87
<i>Motivos de defunción de la población de las UMF</i>	89
<i>Conclusiones.</i>	92
VI. SED Y POLIDIPSIA POLIURIA Y ORINADERA HAMBRE Y POLIFAGIA ENFERMEDAD Y PADECIMIENTO. MODELOS EXPLICATIVOS ENTRE MÉDICOS Y PACIENTES.....	93
<i>Introducción.</i>	93
<i>Problematizando al paciente, pero también al médico</i>	93
<i>Estrategia aplicativa, explorando percepciones y significados acerca de la enfermedad/padecimiento</i>	94
<i>Comparación analítica de modelos semánticos sobre diabetes mellitus tipo 2 entre pacientes y médicos</i>	96
<i>Comparación analítica de modelos semánticos sobre hipertensión arterial entre pacientes y médicos.</i>	104
<i>Explicaciones argumentativas. Un sincretismo procesal entre enfermedad/padecimiento</i>	110
<i>Conclusiones.</i>	110
VII. ESPACIOS Y TIEMPOS DE VIDA ACTUALES. ENVEJECIMIENTO Y ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS.....	112
<i>Introducción.</i>	112
<i>Experiencia, identidad y conceptos sobre el cuerpo. Viviendo con un padecimiento crónico degenerativo</i> ...	113
<i>Procesos socioculturales de riesgo para diabetes e hipertensión</i>	114
<i>Un paso adelante dos atrás. Estrategias frente a un diagnóstico repentino.</i>	117
<i>Ser o no ser he ahí el dilema... Qué cosa ¿verdad?... Cómo se niega uno</i>	118
<i>Dios, la brujería, el destino, los virus, la gordura, el tabaco y el alcohol. Todo cabe en la reflexión de porqué me pasó a mí</i>	120
<i>Identificando la diabetes y la hipertensión en el cuerpo, rumbo a la transformación de identidad</i>	121
<i>La relación entre “me dicen que soy diabético o hipertenso” y “digo que soy diabético o hipertenso”</i>	123
<i>Lo pasajero y lo permanente de la identidad y la experiencia en el cuerpo.</i>	124
<i>La diabetes y la presión alta son lo mismo que una vida llena de corajes, preocupaciones y sustos</i>	125
<i>La desidia, la flojera, los gustos y el placer</i>	128
<i>Conclusiones</i>	130
VIII. DINÁMICAS DE ATENCIÓN A DIABÉTICOS E HIPERTENSOS EN LAS UMF. LA EXPERIENCIA EN LAS PRÁCTICAS COTIDIANAS DEL TRABAJO PROFESIONAL.....	131
<i>Introducción.</i>	131
<i>Intervenciones institucionales en salud. Compromisos y obstáculos</i>	132
<i>Cara o cruz, en la atención en el IMSS. Las reglas no escritas de la Institución</i>	133
<i>La práctica médica. ¿Hacia dónde se dirige el ojo clínico?</i>	134
<i>Efectos de un diagnóstico. El estigma generado o derrumbado por el médico</i>	135
<i>Estrategias para el tratamiento. Ingresando a un sistema de regulación y control. En juego la credibilidad y legitimación para entender un proceso de cambio</i>	138
<i>Escuchar explicar alentar. Un trabajo de años</i>	139
<i>Servicios de apoyo, trabajo social y nutrición</i>	141
<i>Las cosas se aprenden en grupo. El cachondeo de un taller de educación para la salud</i>	142
<i>Cómo llegarle al corazón. Personalidad y conocimiento</i>	146
<i>Dos procesos, acciones para la identidad y acciones para la tarea. En contra de la gordura, el suicidio y en favor del futuro con imaginación</i>	149
<i>Conclusiones.</i>	150
IX. ENCUENTROS Y DESENCUENTROS. LA NEGOCIACIÓN DE LO NORMAL, LO PATOLÓGICO, EL BIENESTAR Y LAS EXPECTATIVAS DE LA VIDA.....	152
<i>Variaciones de la relación médico-paciente.</i>	156
<i>El modelo comprensivo.</i>	156
<i>El modelo doctrinario</i>	161
<i>El modelo unilateral</i>	163
<i>Los conceptos sobre las medicinas y la medicalización del paciente.</i>	165

<i>El autocuidado y la eficacia de la atención.....</i>	168
<i>Relación conocimiento/saber/poder. Legitimando la acción.</i>	171
X. PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN. LOS PROGRAMAS INTEGRADOS DE SALUD EN EL IMSS. ¿UN GOLPE DE TIMÓN?.....	178
<i>Introducción.</i>	178
<i>El primer nivel en un modelo integral de atención en salud</i>	178
<i>Los programas integrados de salud. Prevención, promoción y concepto de salud.....</i>	179
<i>Tensión entre autocuidado y políticas sociales</i>	181
<i>Epidemiología de la conducta. Factores y no procesos de riesgo.....</i>	182
<i>Resistencias y reticencias, el personal de salud</i>	184
<i>Una mirada desde atrás del escritorio. Atención asistencial y cultura física</i>	186
<i>Otro enfoque de la promoción a la salud: la alteridad social del individualismo</i>	188
<i>Conclusiones</i>	189
XI. CONCLUSIONES GENERALES.....	191
Glosario.....	197
Anexos.	200
Bibliografía.	202
Índice de cuadros, tablas, mapas y esquemas.....	212



INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) y la diabetes mellitus tipo dos (DM2)* son las enfermedades crónico-degenerativas que se presentan de manera más común en la población adulta. Actualmente existen cerca de 176 millones de personas diabéticas en el ámbito mundial, y de acuerdo a las proyecciones estadísticas, para el año 2025 probablemente se alcancen los 300 millones; mientras que en México, según la encuesta nacional de salud y nutrición (ENSANUT, 2006) el 7% de la población adulta, la padece. Cada dos horas mueren 11 personas por complicaciones derivadas de esta enfermedad.* Sus costos indirectos son de 330 millones de dólares anuales, y los directos de la enfermedad suman alrededor de 100 millones de dólares al año. La mayor parte de los costos asociados a la atención de pacientes diabéticos corresponden a los gastos por hospitalización, que representan entre el 30 y el 65% del total de una unidad de salud (Frenk, 2005).

Por su parte, la hipertensión arterial es la enfermedad crónico-degenerativa con mayor frecuencia en nuestro país. En la misma encuesta se advierte que, el 30.8% de los adultos, aproximadamente 15 millones de mexicanos son hipertensos, y cerca de un 70% de los individuos afectados desconocen que la presentan. Jalisco es uno de los seis estados de la República con porcentajes de 30 a 32.4 % de prevalencia en su población adulta. Tanto la diabetes mellitus como la hipertensión arterial son factores de riesgo importantes para las enfermedades cardiovasculares y renales, la mortalidad por estas complicaciones ha mostrado un incremento sostenido durante las últimas décadas. Así pues, las enfermedades del corazón, la enfermedad cerebrovascular y las nefropatías se encuentran entre las primeras causas de muerte en el panorama epidemiológico actual.

En los últimos 20 años, se ha recalado la importancia de los estilos de vida y las conductas de la población que propician la incidencia y la prevalencia de este tipo de enfermedades. Esta tesis plantea que las conductas frente a las enfermedades crónico-degenerativas desde su presentación y en el transcurso de su evolución, son más significativas que la predisposición genética y los aspectos biológicos de las mismas. El sedentarismo, la obesidad, el tipo de alimentación, el alcoholismo, el uso del tabaco y el estrés mental, son factores directamente relacionados con ellas, que se conforman como parte difícilmente ineludible del funcionamiento de la vida actual, particularmente en las grandes ciudades. Las enfermedades crónico-degenerativas son expresiones del acelerado proceso de urbanización en el mundo moderno y parte de la complejidad de las sociedades presentes.

Desde el momento del diagnóstico cuando una persona es considerada como hipertensa o diabética, se inicia un proceso de entendimiento de lo que significa vivir con una enfermedad crónico-degenerativa. En la representación social de estos padecimientos por lo regular se les asocia con la muerte, la ceguera, los infartos, las afecciones graves de los riñones, embolias o derrames cerebrales, y con amputaciones de los miembros. A diferencia de las enfermedades infectocontagiosas las enfermedades crónicas, durante su desarrollo o evolución no avanzan hacia la curación, solo son controladas. Si esto no sucede, provocan daños y degeneración de ciertos órganos del cuerpo denominados como órganos blanco, particularmente: corazón, riñones, sistema nervioso y las arterias y las venas pequeñas de la circulación periférica. Dado que no son

* Ver Glosario.

* Consultarse en <http://www.salud.gob.mx> (página web de la Secretaría de salud).

curables, la intervención médica tiene como objetivo el control adecuado. Éste, requiere necesariamente de que el individuo realice una serie de cambios en su conducta que le permitan evitar lo más posible la emergencia de sus complicaciones. De ello dependerán en un futuro su calidad de vida y su bienestar. Los cambios requeridos en el estilo de vida, involucran aspectos de hábitos cotidianos profundamente interiorizados, primordialmente la alimentación, la actividad física y la manera de responder ante circunstancias que provocan estrés emocional. Tales hábitos y costumbres se han ido construyendo a lo largo de las biografías de las personas en su relación con otras personas, grupos e instituciones, como la familia, el espacio educativo, laboral, religioso, lúdico, etc. donde se desarrolla su mundo cotidiano. De ahí que los cambios sean difíciles de lograr e impliquen un esfuerzo continuo y en ocasiones conflictivo para el paciente.

Cuando una persona se conoce como hipertensa y/o diabética en adelante parte de su vida quedará estrechamente vinculada en una relación constante con el campo de la medicina y con los profesionales de los servicios de salud. Es posible que en la modernidad, el saber médico se convierta en una especie de paradigma necesario ante las expectativas de vivir más y mejor. Su influencia permea a la sociedad en general, e influye de manera importante en la conducta cotidiana de la vida de los sujetos (Zola 1972). Para las instituciones cuya finalidad es responder a esta problemática, las características particulares de las enfermedades crónico-degenerativas demandan pautas de intervención distintas a las de otro tipo de enfermedades. La hipertensión y la diabetes, no significan solamente un problema en términos cuantitativos, aún y que los datos estadísticos de morbi-mortalidad en nuestro país y en el mundo entero son un reflejo de su importancia.

La relevancia de este problema, consiste en que cualitativamente son enfermedades diferentes a aquellas que tienen en su historia natural la posibilidad de la curación con antibióticos, cualquier otro medicamento o la prevención con vacunas. Esta distinción cualitativa, marca las diferencias que deben contemplarse en su abordaje. ¿Qué se le ofrece a un paciente con una enfermedad de este tipo desde la perspectiva institucional?

En este trabajo se hace una reflexión y análisis de la forma en que son atendidas la hipertensión y la diabetes como padecimientos crónico-degenerativos en el Instituto Mexicano del Seguro Social-Jalisco, (IMSS-Jalisco). Se documenta la manera en que se realiza la práctica médica cotidiana en el escenario de las Unidades de Medicina Familiar (UMF) correspondientes al primer nivel de atención del Instituto, al instrumentarse las políticas y programas establecidos en este rubro. Visualizar a la enfermedad como padecimiento permitió trascender las limitantes de una perspectiva biológica dirigida hacia el daño individual, para entender la trascendencia social de estas enfermedades y valorar sus repercusiones como problemas de salud pública. A la vez que permitió comprender los diversos procesos que se construyen como conductas cotidianas de enfrentarse a este problema, tanto por los pacientes como por los médicos, trabajadoras sociales y nutricionistas. Por ello, los niveles de análisis fueron: el paciente derechohabiente con los padecimientos, los profesionales de la salud que lo atienden en los diversos servicios de las UMF y las propuestas normativas para su atención, enmarcadas por el funcionamiento específico de la institución.

Entre los resultados encontré que existen diferencias en la evolución de los padecimientos cuando en las prácticas de atención se privilegia al sujeto que la padece, y no a la enfermedad. Se observó una sobre valoración del medicamento como el objeto que permite cumplir con la finalidad del trabajo médico, por encima del autocuidado del paciente. En el proceso de atención por lo regular se establece una relación médico/paciente que normatiza y medicaliza el cuerpo y la vida del paciente. El resultado de esta orientación “medicalizada” desde los fundamentos de la biomedicina, así como también la falta de una visión dirigida hacia la prevención real de los

padecimientos y la promoción de la salud, más allá del diagnóstico temprano, se expresa en que la ingerencia de los programas institucionales no tengan la efectividad deseada. Esta situación ha puesto en una doble crisis a las instituciones de salud cuando enfrentan los costos de atención de estas enfermedades y sus complicaciones. Pero más aún, cuando enfrentan la exigencia de la prevención y la promoción de la salud, al observar que las historias clínicas familiares muestran la presencia de generaciones de diabéticos e hipertensos. Las políticas de salud implementadas todavía no responden adecuadamente a la magnitud de la trascendencia de la diabetes y la hipertensión como padecimientos.

¿Qué hacer en adelante? es parte de los objetivos de este trabajo cuya propuesta es un acercamiento diferente a la comprensión de la atención a la hipertensión y la diabetes en una institución. En el desarrollo de esta investigación se han enfatizado los aspectos socioculturales de la conducta frente a las patologías. Un enfoque de esta naturaleza rebasa los dominios biomédicos de la atención en salud y permite entender otras dimensiones de la complejidad del problema. Elaborado como un objeto de estudio que se enriquece del aporte de las ciencias sociales, el trabajo se construye como un estudio de caso investigado mediante la metodología cualitativa, bajo una perspectiva de análisis antropológico, específicamente la antropología médica.

El planteamiento del trabajo permitió analizar de manera entrelazada a los sujetos sociales participantes. Se vislumbran por un lado, las características de la estructura institucional donde se desarrolla la práctica médica y los programas institucionales. Se observó de manera presencial el trabajo cotidiano de los prestadores de servicios en sus dinámicas de atención. Aquí se encontró que existe una diversidad interesante en las formas de dar respuesta a los problemas de salud en un mismo espacio institucional. Se evidenció que bajo igual normatividad y en condiciones de trabajo similares, existen diversos modelos de atención dependiendo del prestador del servicio, cuyos resultados evidentemente son distintos. Se destaca lo que he llamado el modelo comprensivo de la relación trabajador de la salud/paciente cuya característica básica es tratar a la persona y no la enfermedad. En este modelo es fundamental el interés dirigido no sólo al control adecuado de las cifras de glucosa o de presión arterial, sino a la conducta que el paciente está siguiendo frente a su problema. Es decir las acciones de autocuidado o descuido de su cuerpo que realiza en su comportamiento cotidiano, ya que de esas acciones dependerá la protección de su salud y el riesgo de complicaciones.

El otro de los puntos centrales fue, analizar los aspectos socioculturales de la vida cotidiana de los pacientes, en particular los que corresponden a su entorno de red de relaciones familiares. Se contempla por ejemplo, la relación con los padres, los hijos, el cónyuge, otros miembros de la familia extensa y las etapas o ciclos de vida familiar; los factores retomados son: la edad del individuo, su estrato socioeconómico, su nivel de educación y su tiempo de evolución de vivir con diabetes e hipertensión. Los procesos encontrados en el transcurso de vida de los pacientes con diabetes o hipertensión permitieron conocer que existen diferencias sustanciales entre la identificación del problema como padecimiento, a la aceptación de vivir cotidianamente con él, para luego, asumir la identidad de ser diabético o hipertenso. De igual forma, para el trabajador de la institución, llevar a cabo su servicio todos los días, implica un cambio de conducta, dado que no está tratando con enfermedades infectocontagiosas u otras curables. Significa un reto constante que no siempre es asumido conscientemente, para construir conjuntamente con los pacientes, conductas de protección frente a los riesgos de los padecimientos. En síntesis, los contenidos de ambas dimensiones: las individuales y las sociales, inciden sobre los cambios o transformaciones que necesitan hacer diabéticos e hipertensos para

lograr un mejor control de sus padecimientos y para evitar daños a órganos de su cuerpo que compliquen su calidad de vida.

El punto medular del trabajo fue observar cómo se conjugan dos escenarios: el mundo de trabajo de los profesionales de la salud y el mundo de vida de los pacientes. Escenarios que se ponen en contacto durante la relación trabajador de la salud/paciente en el momento de la práctica médica concreta. Los resultados de la investigación mostraron que las conductas de pacientes y médicos dependen de varios factores. Algunos relacionados con creencias, concepciones, ideas y conocimientos sobre las patologías. Otros relacionados con actitudes que se sustentan en la personalidad individual de los sujetos. Finalmente otros más que dependen de la organización, los recursos, la infraestructura y las relaciones sociales donde viven los pacientes, así como las características estructurales que presentan las UMF del IMSS. Estos Factores en conjunto, moldean un tipo de interacción entre el proveedor de servicios y el paciente con enfermedades crónico-degenerativas, en un mismo contexto institucional.

En un estudio de caso investigado a partir de la perspectiva de las ciencias sociales es conveniente observar la realidad para poder encontrar sus diversidades y contrastes, así como sus semejanzas o similitudes. De esta forma pueden evidenciarse los aspectos que explican las preguntas que el objeto de estudio plantea para llegar a entender y evaluar lo acontecido, e inclusive visualizar alternativas que permitan incidir de manera más efectiva sobre la problemática en estudio. La disciplina médica se enriquece de la antropológica, que critica el ejercicio tradicional de la medicina regida por el modelo exclusivamente biomédico. La antropología médica propone anclar en los fundamentos de su práctica, la consideración de los hábitos, las creencias y los conocimientos de los sujetos a los que van dirigidas las acciones en salud. Con esto se intenta recuperar el valor de las ideas que los propios pacientes tienen sobre el reconocimiento de sus malestares y las acciones que desarrollan en torno a ellos. Es decir, su conducta frente a la salud. Una comprensión no sólo biológica, sino cultural y social de la enfermedad y el padecimiento, abre la discusión en torno a cómo podrían desarrollarse las relaciones entre los trabajadores de la salud y los pacientes, la educación y promoción para la salud, y los programas de salud pública institucional.

La respuesta tendría que incluir cambios y transformaciones desde la curricula de formación de los profesionales de la salud donde se contemple de manera prioritaria no sólo la capacitación técnica del estudiante, sino también el desarrollo de habilidades humanas para la comprensión del paciente. Asimismo, debería existir un perfil del profesional que preste sus servicios en una institución de salud pública, que de alguna manera garantice un modelo de atención con ciertas características, en beneficio del paciente. Otro aspecto le concierne a los directivos de las instituciones al diseñar los programas con base a un sustento epistemológico. Abrir la puerta a la discusión internacional actual de la Nueva salud Pública, sobre los conceptos de salud, de prevención y de promoción, que deben fundamentar la atención médica y las estrategias de los programas dirigidos a evitar la incidencia y prevalencia de estos padecimientos. Reconocer y promover el empoderamiento de grupos sociales e individuos para tomar el control de los factores que influyen en su salud. Visualizar los objetivos de los programas en una dinámica que recupere la riqueza de la experiencia colectiva para actuar positivamente sobre ese entorno social e inmaterial en el que vivimos, y del que se habla como un nuevo concepto. Trabajar conjuntamente con los pacientes en una relación Institución/individuo que favorezca el desarrollo de espacios donde las oportunidades permitan cambios y transformaciones favorables para la salud, en beneficio de todos.

I. VIVIR CON DIABETES E HIPERTENSIÓN. UNA TRAVESÍA A TRAVÉS DEL TIEMPO, EL ESPACIO Y LA EXPERIENCIA.

Aquella mañana el sol todavía mostraba algo de respeto por los transeúntes de la calle. Los marchantes cada cuál con sus ocupaciones agradecían la solidaria sombra de un atisbo de nube que algo prometía, Lucía caminaba tolerando la molestia de sus rodillas que de cuando en cuando le recordaban el peso de los años, además del peso de su propio cuerpo. Iba pensando si sería más conveniente tomar la ruta 603 A o tomar la 238 y posteriormente la 66. Ambas rutas de camiones la dejaban frente a la clínica del Seguro Social a donde se dirigía para asistir a su cita de control mensual. La diferencia sería gastar 4 pesos o el doble.

Pensó en que llevaba algo de tiempo... aunque tal vez no lo suficiente si la traicionera ruta 603 A se tardaba, como solía suceder cuando los choferes decidían hacer un alto para almorzar. *"Tuve suerte, ya la hice, solo voy a gastar 4 pesos"*, pensó, cuando al doblar la esquina se encontró con el camión haciendo parada. *"Nomás rapidito, rapidito"* se escucho la voz del chofer que apremiaba a subir a los pasajeros, Lucía trabajosamente subía un pié y luego el otro, ayudándose con una mano sobre el barandal de la puerta de acceso y con la otra sobre sus rodillas que crujían y rechinaban peor que los muelles del camión.

Ella era diabética desde hacía muchos años y, tiempo atrás, poco más de un quinquenio, se le había confirmado que también padecía de hipertensión arterial. No recordaba exactamente desde cuando tenía diabetes, pero sentía que era mucho tiempo, Más de 20 años seguramente. Después de la diabetes lo de la presión... era un agregado menos antiguo y por lo mismo menos importante. Aceptaba ambos problemas no solo con resignación, también con entereza *"y ganas de salirle adelante a las enfermedades"*; Siguió pensando que este día traía la suerte de su lado y seguramente la estampita de Santa Cecilia que siempre cargaba en su bolsa la estaba protegiendo.

El camioncito iba repleto, pero apenas había caminado un poco a través del pasillo, cuando una graciosa jovencita le dijo amablemente: *"síntese señora"* cediéndole el lugar donde venía sentada, con una sonrisa espontánea y más grande que la de un payaso de circo le devolvió el favor a la chiquilla.

Se quedó mirando a través de la ventanilla del camión, le gustaba sentir que la vida transcurría como se observa a través de los vidrios de un camión en marcha. La vida es movimiento, pero al igual que los cristales de la ventanilla, se le figuraba como algo empañada, algo de lado, algo de lejos, algo extraña, algo borrosa, algo que se va.

¿Quién sabe hasta donde te pertenece la propia vida?

"A lo mejor y mañana no amanezco" pensaba. Aunque este pensamiento era una idea pasajera a la que se había acostumbrado desde que supo que era diabética e hipertensa. La vida había cambiado mucho desde entonces, pero aún seguía con ella.

Lucía. Una infancia nebulosa.

Lucía continuaba entreteniendo al tiempo mirando a través del cristal, las imágenes se sucedían una tras otra, verjas, puertas, ventanas, perros callejeros, vendedores, jóvenes, niños, viejos, personas... múltiples imágenes. Cada loco con su tema y cada santo con su parroquia. El santo... sí, mañana sería día de su cumpleaños número 65. Ahora aunque sus ojos seguían fijos en la ventanilla del camión ya no hacía caso de ese mundo externo visto a través de la ventana, su mente aludió al pasado al recordar su cumpleaños. Las imágenes presentes se habían trasladado hacia el lejano pueblo de San Gabriel, ése al que hace referencia Juan Rulfo en el Llano en Llamas y Pedro Páramo, aunque no sabía que por eso su pueblo es famoso. Recordaba más bien las calles pedregosas por donde su padre alcoholizado, arrastraba a su mamá jalándola por el largo y abundante cabello negro, la venía arrastrando ante la mirada de los vecinos y la suya propia, atónita. Ella se había quedado paralizada en un pasmo de dolor y de impotencia.

Su padre era hijo de un terrateniente rico del lugar, su madre era una bella mujer hija de un pobre campesino jornalero, cuyo único pecado había sido ser hermosa, apenas rayaba su adolescencia cuando el hijo del todopoderoso terrenal, la montó en las ancas de su caballo y se la llevó al monte. *"Morenita hermosa, linda chiquitita, pronto vas creciendo, como los capomos en su flor"*... tarareaba la canción popular, siempre que la escuchaba pensaba en su madre... era como la flor del capomo cortada de tajo en la lozanía de sus mocedades. Siete hijos le hizo el hijo del patriarca, siete a su madre y quien sabe cuantos a otras mujeres, tres mujeres y cuatro hombres de las cuáles ella era la mayor. Le tocó vivir la aventura de su madre y hermanos más pronto que tarde.

Cuando tenía siete años su madre harta de golpes y ultrajes huyó por la noche, escondiéndose de los ojos maldicientes por malditos de aquel hijo del diablo que la trepó en su caballo, y al que desde siempre había conocido borracho. Al chofer de la camioneta le pagó con su cuerpo todavía cargando al menor de sus hermanos, un niño casi recién nacido. El hombre aquel que la sacó del rancho, había llegado al pueblo vendiendo colchones, por lo menos un colchón era algo más apetecible que el vil monte y el hombre aquel... mucho menos bruto y estaba sobrio.

A Ciudad Guzmán llegaron con una tía melindrosa y mal encarada, la tía vivía sola y pronto la dejaron igual, cuando una noche los dejó en la calle, no les abrió la puerta nomás porque a uno de sus hermanos le gustaron las coloridas flores de sus belenes y las cortó todas. No se le olvida cómo aquella noche su madre los arropó con lo que pudo, sus rebozos, sus vestidos, sus blusas, porque no contaban siquiera con una raída cobija.

Al día siguiente su madre habló con una amiga que tenía en la fonda donde ambas trabajaban sirviendo comida, la amiga de su mamá les prestó un cuarto mientras ella conseguía donde vivir, en ese cuarto murió el menor de sus hermanos. No supo claramente de qué murió, pero sabe que pudo ser por el frío de aquella noche de invierno en la calle, a las afueras de la casa de la tía. Todavía visita su tumba en uno de los panteones más bonitos que conoce. Ahí también descansa su madre al amparo de la tupida sombra de las parotas que cobijan las tumbas.

Al mes ya se habían cambiado a una casa pequeña, tenía dos cuartos, uno para ellos y otro para su mamá. Empezó a darse cuenta de las frecuentes “*visitas de señores,*” con los que su madre compartía el lecho y el alcohol. Entonces no atinaba a comprender cómo se ganaba la vida su mamá, pero recuerda que le hacía constantes reclamos por esas visitas. No sabía qué detestaba más, si aquellos hombres o a su mamá alcoholizada, borracha igual que antes su padre.

Las mañanas de niebla no le gustan, le recuerdan esos días nebulosos de su infancia. La laguna y los cerros que rodean Ciudad Guzmán se encargan de envolverla en un manto de niebla, a veces tan denso y pesado como su niñez de aquellas mañanas húmedas, que no acaban de quedarse atrás. Por eso, cuando se nubla la vista de sus ojos inmediatamente recurre al Seguro. No quiere que la diabetes dañe sus ojos, recuerda las pláticas de trabajo social en la clínica donde le dijeron que la diabetes le podría dañar los riñones, los ojos, el corazón, provocarle una embolia o una gangrena en un pie. Recuerda que al principio no hizo mucho caso de eso, no había creído que era diabética, no quería creerlo. ¿Por qué justamente ella tendría diabetes? hasta que pasó un buen tiempo lo reconoció y aceptó como parte de sí. Acudió a aquellas pláticas hace buen rato y piensa que fue como si le hubieran quitado una venda de los ojos, así como recordaba la forma en que iluminaban los rayos del sol el patio de la casa donde vivía, cuando se levantaba la niebla. Entonces, motivada por la luz se afanaba en todo y hacía las cosas con gusto, cantaba mientras trabajaba... muchas canciones... también la morenita hermosa.

Le gustaba la canción pero al cantarla, tenía el rostro de su madre en su mente, triste, descompuesto por el alcohol o los golpes e inmediatamente dejaba de tararearla. Se encargaba de asear la casa, ir a los mandados, hacer comida, hasta torteaba desde chiquita. Alimentaba y cuidaba a sus hermanos mientras su madre recuperaba los desvelos de las noches, los preparaba para ir a la escuela todas las tardes y por la noche hacía su tarea. La hacía en cuanto llegaba a su casa y antes de cenar, quería terminar su tarea porque a las 8 pasaban CHucho el roto en la radio, y quería oírla. Le gustaba esa radionovela, porque pensaba que un día CHucho el roto podría llegar a su casa, darles mucho dinero y salvar a su mamá de los hombres y el alcohol. Si era el héroe de tantos pobres en la radio... ¿Por qué no podría ser su héroe?

Pero tenía que terminar antes la tarea, desde chica se define a sí misma como responsable y exigente, le gusta cumplir con todo y bien. Por eso no entendía por qué las otras personas no cumplían igual, como ella esperaba, a veces su maestra de la escuela no le revisaba la tarea que se esmeraba en hacer bien. Por eso, aunque ya hubieran dado el toque de salida abría su cuaderno y le reclamaba a la maestra que no había revisado su tarea, cualquier calificación era mejor que nada.

Un cuerpo y un futuro ondulantes.

Se regresó a San Gabriel cuando llegó un señor de planta a su casa. Otros iban por ratos, pero este se quedó. Su mamá le decía que era “*su asistido*”, con derecho no solo a tomar y

dormir, sino a comer también. El colmo, no tenía ganas de prepararle comida a ese señor, mal que bien, tenía a su papá y no estaba dispuesta a cambiarlo por otro borracho. Lo único que le pesaba era no poder terminar la escuela estaba en el quinto grado. En vacaciones le dijo a su mamá que se iba a trabajar con una maestra. Lucía era pequeña, no había crecido mucho pero muy buena para el trabajo doméstico y le encantaba cuidar niños. Su maestra tenía uno chiquito, bonito, como esos niños de los anuncios de Gerber, blanquito, rosadito, cachetón y con ojotes verdes, la maestra le pagaba por quincena y trabajó dos meses con ella.

Cuando terminó el tiempo de las vacaciones de verano, había ahorrado lo suficiente para comprarse un pasaje de camión rumbo a San Gabriel. Reunió su poca ropa que tenía y salió temprano de su casa, sólo volvería a ese lugar el día del entierro de su madre. En el camino lloró y lloró hasta que avistó el pueblo, tenía doce años y el estómago cargado de miedo, porque ella sentía el miedo en el estómago ¿A donde iba a llegar? ¿Qué iba a decir? ¿Soy la hija de fulana? ¿Dónde está mi papá?

Se bajó del camión y anduvo un rato caminando por aquellas calles dando vueltas, la gente se la quedaba mirando y ella a la gente, quería encontrar rostros conocidos o que la reconocieran a ella, pero lo conocido era diferente, o ella era la distinta. Estaban las calles pero no los mismos niños, era lo que más recordaba, chicos de su edad con los que había reído y jugado. Los abuelos maternos se habían ido del lugar rumbo a Sayula, la abuela paterna había fallecido, sólo quedaban el abuelo paterno y su padre que perdido en el vicio habitaba sólo, a las afueras del pueblo en un solar. Vivía de milagro sostenido solamente por el alcohol de caña del 96 que conseguía como podía. No había de otra, tenía que hablar con el abuelo paterno.

La casa era grande, bonita, espaciosa y con una huerta que fue su delicia y su mejor escondite por un año. Era la primera vez que la visitaba, entonces el abuelo tendría entre 74 ó 75 años, viejo y triste porque se le había muerto la Pachita. El abuelo la escuchó, aunque sin mucho interés y la acogió en su casa. El miedo le fue liberando su estómago, tenía casa, comida y sobre todo, siguió el sexto año de primaria en el pueblo, ese año fue uno de los más felices de su vida. La escuela le ocupaba parte de la mañana y parte de la tarde, el mediodía era para hacer mandados, ayudar en la limpieza de la casa y algo que le gustaba mucho, tortear y colaborar en la preparación de la comida.

Pero no cambiaría las tardes de ese año por nada en el mundo. En la huerta había guayabos, granados, duraznos, hasta mangos y, sobre todo tenía un almendro. Ese era su árbol predilecto, cubierto de un follaje exuberante de hojas grandes, onduladas y firmes. Ella se escondía entre sus ramas y desde ahí miraba a ratos el árbol, a ratos la calle sin que nadie la viera, ni la molestaran. Pasaba largo rato trepada ahí, sola, observando y recordando a su mamá y hermanos, los extrañaba, pero no quería regresar a Ciudad Guzmán. Se comparaba con las hojas del árbol, fuertes, firmes, que no se quebraban tan fácilmente y sobre todo porque eran onduladas. A los 13 años sentía que sus pechos y sus caderas empezaban a darle otra forma a su cuerpo, se imaginaba como las hojas del almendro, había heredado el largo cabello negro de su madre, y pensaba que tal vez heredaría las formas de su cuerpo, sin embargo, no quería parecerse a ella. Tampoco a su padre, detestaba el alcohol.

Pasaba los días contenta y a gusto. Pero al poco tiempo una sombra avanzó sobre su agradable porvenir, el abuelo murió, dijeron que porque tenía diabetes. Pero ella piensa que murió de tristeza por la Pachita. Con ese deceso este paréntesis en su vida, también feneció. La casa y la mayor parte de las tierras se quedaron con el hijo mayor del abuelo. Ella tuvo que irse a vivir con la tía Otilia a la que solo había visto en contadas ocasiones, era alta, delgada, enjuta y con una cara larga, tan larga que le recordaba a las torres de la parroquia. Padecía de jaquecas que la hacían pasar a veces días enteros encerrada en su recámara, salía con la cara todavía más larga que antes, la tomaba contra ella y empezaban interminables regañizas y quehaceres de nunca acabar.

Adiós a la escuela, a las tardes entre los árboles jugando con sus manos y los rayos de sol filtrados a través del follaje, hubiera dado su vida por hacer realidad su sueño de atrapar uno de esos rayos y salir volando hacia el cielo. Piensa que la seca y salitrosa laguna de Sayula se hubiera llenado con las lágrimas que derramó ese tiempo. Jamás había llorado tanto como esos tres largos años.

La tarde en que llegó su hermano, el tercero de la familia, era lluviosa y los estruendos de los rayos retumbaban en los cerros. Su hermano estaba empapado, alto y flaco, tenía grandes ojos negros, tan abiertos, que dejaban escapar una mirada inquietante, profunda y decidida. Cuando le abrió la puerta la tía estaba detrás de ella, no podía unirse al abrazo de los hermanos, pero tampoco le negó el abrigo al chico, se conformaba porque a final de cuentas tendría un mozo más para el trabajo. Juan José le contó que los hermanos estaban creciendo como podían, porque la madre cada vez estaba peor, alcoholizada todo el tiempo. El hombre que había llegado a la casa los golpeaba, los maltrataba y los echaba a la calle a pedir dinero, vivía peleando con su mamá. Desde que Lucía se había ido, ya no había alimento regular para ellos, ni quién se ocupara constantemente de asearlos, bañarlos, lavarles la ropa y vigilar que fueran a la escuela.

Sus abuelos de Sayula se habían llevado a los dos hermanos menores y ya solo estaban con su mamá dos de los hermanos. Él había decidido ir a buscarla para ver si entre los dos mandaban dinero para sus otros hermanos, quería encontrar un trabajo. Por eso, ese verano en que vinieron al pueblo familiares del abuelo que vivían en México, ambos aceptaron irse con ellos a esa ciudad desconocida. Pensaron que un cambio les vendría bien. El hermano trabajaría en el negocio del tío, a ella la ubicaron con una familia formada tan solo por un par de señoritas, simpaticonas, que desperdiciaron sus mejores tiempos mirando a las banquetas entre su casa y la iglesia, cuando alzaron la vista, el añejamiento ya no les ofreció muchas oportunidades para casarse. Sus padres murieron y ellas heredaron una pequeña fortuna con la que se mantenían decentemente. La menor tocaba el piano y daba clases tres días a la semana, solo a señoritas.

La casa de las señoritas era grande, con un jardín que le gustaba mucho. Se entretenía arreglando y limpiando tantas figuritas, adornitos tan bonitos, la loza de porcelana fina, los manteles de tejido a gancho, las fundas y sábanas con ribetes deshilados que eran sus preferidos. Porque con ellas aprendió a tejer, a bordar y a deshilar, pero lo que más le gustaba era arreglar el jardín, limpiar los rosales, ponerles

abono, quitar la hojarasca. Al hacerlo, se acordaba de la huerta de San Gabriel. Arreglaba el jardín siempre por la tarde cuando caían los rayos del sol, entonces en los días de clases de piano lunes, miércoles y viernes mientras trabajaba escuchaba la música, los martes y jueves cantaba, procurando no acordarse de la “flor de capomo” para no acordarse de su mamá. Del dinero que juntaban ella y su hermano, una parte se quedaba en la alcancía y la otra parte se iba a Sayula. Los abuelos habían recogido a los hermanos que estaban todavía con su madre y gracias a lo que ellos mandaban se ayudaban a mantenerlos a todos. Había salido por segunda vez, entrada en los 17 años de San Gabriel, y ahora con casi 19 su vida transcurría apacible y serena. Las dos señoritas se encariñaron con ella, les gustaba mucho la comida que preparaba y de cuando en cuando las consentía con unas “calientitas” esas tortillas de comal recién hehecitas que saben a gloria.

La ronda de la muerte cerrando ciclos.

Para esos días le avisaron que su mamá estaba muy enferma y que posiblemente no alcanzaran a verla con vida. Ella y su hermano salieron esa misma tarde rumbo a Ciudad Guzmán, adonde llegaron de madrugada para encontrarse con el ritual del sepelio, había muerto cerca de las 8 de la noche... dicen que llamándola a ella. Aún se conservaba brillante su largo pelo negro, pero el rictus de dolor que tenía en su cara encerrada dentro del cajón mortuorio no se le olvidaría jamás. Sintió que su mamá pedía a gritos que la dejaran salir, escaparse de su destino y del dolor inconsciente que su cara reflejaba aún después de muerta.

Sus hermanos habían crecido y estaban trabajando en lo que podían para ayudar a los abuelos. Todos habían terminado la primaria, los varones habían continuado la secundaria y trabajaban de peones cuando se presentaba la oportunidad. Una de las hermanas trabajaba de empleada doméstica y la otra estaba estudiando comercio porque quería ser secretaria, y trabajaba como dependienta en una jarcería para pagarse sus estudios. Luego del entierro, dejaron parte de sus ahorros a los abuelos y se regresaron a México. Su rutina continuó por un tiempo más.

A los dos años de muerta su madre, los familiares de San Gabriel le avisaron que su padre se encontraba muy mal. En esta ocasión su hermano se negó a acompañarla, no tenía recuerdos de su padre y más bien, sentía y consideraba que no tenía padre. Aludió a la gran cantidad de trabajo que tenía por hacer y no quiso ir. Viajó sola hasta Guadalajara donde pasó la noche con familiares de las señoritas porque ya no habría pasaje a San Gabriel hasta el día siguiente. Tomó el primer camión que tenía corrida a Sayula y de ahí viajaría hasta el pueblo. Encontró a su papá en el mismo solar de siempre, sucio, desnutrido y prácticamente sin sentido, habló con el único médico del pueblo, quien le dijo que su papá tenía dañado el hígado por el alcohol, que lo más conveniente era llevarlo a Sayula para atenderlo.

Recurrió a la tía Otilia con la que había vivido, seguía igual de enjuta y con la cara larga como antes, la tía pagó una camioneta para sacar a su padre rumbo a Sayula,

desentendiéndose posteriormente de cualquier apoyo. Dos semanas estuvo su papá en el hospitalito de Sayula recuperándose, durante ese tiempo ella vivió en casa de los abuelos, conviviendo con sus... para entonces, desconocidos hermanos. Los abuelos eran ya bastante mayores, no había convivido mucho con ellos pero le decían hija y la trataban con un respeto especial. Los días que estuvo ahí trabajaba limpiando la casa, haciendo comida, lavando ropa, cuidando a los viejitos, chiqueando a sus hermanos y de cuando en cuando tejiendo y deshilando para hacerles regalos. Algunas veces la acompañaban al hospital para ver a ese señor que por más que intentaba a sus hermanos no les despertaba ningún amor filial.

Su padre se recuperó y fue dado de alta del hospital, regresaron a San Gabriel una fría mañana de noviembre. En octubre empieza la segunda época de floración del año y los cerros se cubren de colores, camino a San Gabriel, iba entretenida, mirando el contraste del pardo azulado de los árboles y el pasto, con los amarillos, violetas, rojos y blancos de las flores silvestres. Es el tiempo en que comienza a declinar el verde vivo con que los árboles agradecen las intensas lluvias del verano. Así de contrastantes eran sus sentimientos. Quería y no, estar ahí, ocuparse de su padre de quien solo recordaba sustos, maltratos, temores y violencia, pero que también le inspiraba una solidaria devoción lastimera.

Dejó a su padre en el único lugar que podía, la casa paterna. Prácticamente no conocía a los actuales moradores de la casa y no sintió que ambos fueran bien recibidos. Por eso únicamente acompañó a su papá por espacio de unas horas y aprovechó para regresar a Sayula en la única corrida de camiones que salía a la media tarde. El mismo camión en que había llegado por la mañana. Pasó algunos otros días en Sayula disfrutando de la compañía y el cariño que le brindaban sus hermanos y los abuelos, estaba madurando una decisión. Regresó a México sólo para despedirse de su hermano, de las señoritas y de sus tíos. Las señoritas la acomodaron con sus familiares que vivían en Guadalajara para que continuara trabajando como empleada doméstica con ellos, cosa que les agradeció sobremanera, quería estar más cerca de la familia que había descubierto otra vez.

Los patrones en Guadalajara a diferencia de las señoritas, eran una pareja con hijos, el trabajo era mayor y más cansado pero le gustaba vivir en la misma casa y disponer de un cuarto para ella que incluso tenía baño, todos la trataban bien y en poco tiempo se adaptó a su nueva vida. Los fines de semana viajaba sin falta a Sayula salía el sábado al mediodía y regresaba el domingo por la tarde. Durante la semana cocía, bordaba y deshilaba para sus hermanos y abuelos, había cambiado la radio y CHucho el roto por las telenovelas de la tele que se había comprado desde que estaba en México, ahora lloraba con *Simplemente María* porque de alguna manera le recordaba su propia existencia, aunque a ella todavía no le llegaba su héroe. Pero lo esperaba.

Alcanzando la cima del cielo, después bajar al plano terrenal.

Llegó en uno de esos bailes de pueblo al que fue con sus hermanas en Sayula. Se celebraba el día del grito de independencia. No era muy buen mozo recuerda, pero tenía

algo... ese algo que tiene al que eliges por pareja, sus feromonas se encontraron y decidieron conocerse. Con sublimes ganas esperaba los fines de semana para encontrarse con su amado, ahora los regalitos eran diferentes y tenían otro destino. Dejó de frecuentar Sayula cuando el receloso novio se fue a trabajar como peón de albañil a Guadalajara siguiéndole los pasos. El noviazgo duró poco más de un año cuando decidieron casarse, de una cosa se había asegurado Lucía, el hombre no tomaba alcohol, fumaba sus cigarritos, pero eso era pecata minuta, algo perdonable.

Se casaron con toda pompa y circunstancia al civil y a la iglesia en Sayula. Asistieron las familias de ambos y hasta sus patrones y las señoritas que se dejaron venir desde México. Tuvo su luna de miel en el pueblo de Tapalpa, un lugar enclavado entre las cimas de los cerros en la Sierra del Tigre de Jalisco, no muy lejos de Sayula. Lo que más le gustó del pueblo fue que estaba tan alto, tan alto, que se figuraba que por fin los rayos del sol se la habían llevado a la cima del cielo. Conserva todavía el olor de los pinos y la fragancia de la brea, el sabor del rompopo, los dulces de leche, el atole de tamarindo, las palanquetas de nuez. Ahora se imagina que comió tanto dulce en esos días que quizá desde entonces le venga la diabetes.

De regreso al plano terrenal, la pareja vivió para su desgracia los primeros años de su matrimonio en junta con los suegros, padres del héroe pseudo telenoveler. Su esposo había conseguido trabajo en una fábrica de válvulas en Guadalajara, y no sólo él, sino también dos de sus hermanos. Habían rentado una casita entre Mexicaltzingo y 8 de julio donde vivían ellos, los hermanos de su esposo y luego los papás que se mudaron de Sayula. Era una casa larga, larga, sin jardín que nunca le gustó, en esa casa perdió a su primer hijo. Piensa que fue por los corajes que le hacía pasar la suegra que nunca ni la quiso ni la vio bien, la recuerda como una viejita mojigata e intrigosa que siempre la estaba poniendo en mal con su esposo, no podía ni asomarse a la calle porque eso ya era motivo para que la suegra dijera que andaba de mujer fácil. Todo le parecía mal a la doña y con nada se le daba gusto.

Esperaba a su esposo en la puerta de la casa para empezar con los chismes antes de que pusiera un pié adentro. Cuando perdió a su primer hijo de meses de embarazo, sufrió una depresión profunda. Desde entonces tenía Seguro Social porque a su esposo en la fábrica le proporcionaban este servicio, en el Hospital le hicieron el "*aborto*" y dejó de sangrar, pero ya había perdido mucha sangre y para ella ese era un símbolo de estar "*al borde de morirse uno*", se sentía tan débil y triste que si se paraba de la cama, imaginaba que se iba a desmayar... a lo mejor caería muerta y la culpa la tenía la suegra.

Por eso, no bien se recuperó y se sintió mejor gracias a la atención que seguía recibiendo del Seguro, aprovechó la primera oportunidad que se le presentó para alejarse de la suegra. Una amiga que tenía de cuando trabajaba con sus patrones, le vendía un lotecito por el rumbo de Huentitán el Alto, la muchacha se había casado a su vez y pensaba viajar con su esposo a los Estados Unidos de América (EUA). Estaban vendiendo todas sus cosas incluido el lote. Además le ofrecía que le hiciera el pago a plazos, se quedó también con la estufa, los trastos y algunos muebles de su amiga. Con su esposo iban los fines de semana a ayudarle a un albañil para levantar el primer cuarto. El lote era grande de 20 metros de frente por 30 de fondo, se soñaba, dando

vueltas entre las flores de su propio jardín, jugando con sus hijos y los rayos del sol. Una de las cualidades de su esposo es que era inteligente y trabajador, además de que no tomaba, viendo trabajar al albañil, su esposo aprendió a hacer mezcla y pegar ladrillos, así que el cuarto pronto estuvo terminado y otro más comenzado.

Pero antes que otro cuarto, ella quería un baño, pues su plan era dejar lo más pronto posible a la suegra, por eso, también aprendió a hacer mezcla y a pegar ladrillos, entre los dos pronto terminaron dos cuartos y un baño. Se mudó a su nuevo hogar con la estufa y los trastes de la amiga un domingo de agosto, las paredes estaban sin techar pero se habían prevenido con plásticos grandes para acomodarlos y que hicieran las veces de techo. Para su mala suerte se mudaron un día en que las nubes se descolgaron del cielo estimuladas por un viento huracanado. Los plásticos volaron por los aires y la lluvia les inundó los cuartos, tuvieron que guarecerse con la vecina de enfrente, desde donde veían cómo la lluvia azotaba sus escasas pertenencias.

Esa semana se regresaron con la suegra, pero el siguiente fin de semana utilizando lo que quedaba de sus ahorros, se apalabró con el albañil y el domingo ya estaban techando el cuarto y el baño. Ayudaron su esposo, sus dos cuñados y el peón del albañil, luego de terminar la faena ella se lució con una deliciosa birria que todos le alabaron por sabrosa, acompañándola con sus respectivas cervezas aunque vigilaba que su esposo tomara solo refresco, no quería que probara ni una cerveza siquiera.

Una estufa y un baño son suficientes para empezar a cantar otra vez.

Desde la muerte de su madre empezaba a entonar sin mucho problema la “flor de capomo” porque la canción le gustaba mucho, pero nunca podía terminarla pues sus ojos se humedecían y la voz se le quebraba, así que empezaba con otra canción. Transcurrían los días y ya estaba techado el segundo cuarto y en construcción el tercero. Por primera vez se sentía contenta y disfrutaba de su matrimonio y su nueva vida. Esperaba su segundo hijo y pensó que nada en el mundo impediría que éste naciera. Convenció a su esposo para que le permitiera vender tamales y atole los fines de semana, siempre fue una excelente cocinera. Empezó vendiendo una vaporera de tamales, pero como se le terminaban rápido, decidió hacer dos, posteriormente vendía hasta tres vaporeras repletitas. Ganaba sus buenos centavitos con esto y pensaba que ganaría más si vendiera otras cosas, poner algo así como una cenaduría. Pero su esposo no se lo permitió, “*menos estando cómo estas*”, le decía refiriéndose a su embarazo.

La primera de cuatro niñas nació en julio. No tuvo ningún hijo varón y siente que eso a su esposo le afectó mucho, los reclamos no eran directos pero eso era lo peor, la culpaba por “*no darle un hijo hombre, puras viejas*” y aprovechaba la menor oportunidad para denigrarla, hacerla menos, muchas veces la injuriaba y ofendía con el más mínimo pretexto. No la golpeaba, pero su violencia verbal la sentía como latigazos directo al rostro, puede ser que por eso se dio a tomar después de la cuarta muchacha. Los sábados llegaba del trabajo y a veces ni comía, se salía con sus amigos y regresaba hasta las diez ú once de la noche servido de copas, nunca la golpeó ni abusó de ella, pero tan solo de percibir el olor del alcohol, Lucía sentía náuseas y se escapaba como prendida

por un cohete hasta la recamara de las niñas. Al día siguiente le reclamaba que hubiera tomado, pero su esposo que siempre fue de pocas palabras, no contestaba nada se limitaba a mover negativamente su cabeza, por una le entraba y por la otra le salía.

Tiempo atrás Lucía había iniciado el proyecto de una tiendita en lo que fue el primer cuarto de la casa. Empezó con la venta de refresco, cigarros y cerveza, como le iba tan bien amplió el surtido a todo tipo de artículos de abarrotes, se mantenían de las ganancias de la tienda y con el sueldo de su esposo compraban ladrillo, cemento, arena y otros materiales para continuar con la construcción de su casa. Además se organizaba para hacer tandas y rifas de donde sacaba otro dinerito. El lote que compraron era bastante grande. Su plan era construir al fondo una especie de departamentito o casita pequeña que pudieran rentar luego. Dejando al centro el jardín.

En una ocasión pasaba por la tienda de Soriana que estaba a unas cuantas cuadras de su casa. Habían derrumbado la barda que quedaba atrás de la tienda, para construir una vía de acceso a los vehículos que transportaban la mercancía hacia el interior, era una barda muy larga, por lo que derribaron gran cantidad de ladrillo. Se fijó que el ladrillo estaba en buenas condiciones y se le ocurrió preguntarle a uno de los conductores de los camiones de volteo que a dónde lo iba a tirar. *“Pues si quiere se lo llevo a su casa”*, le contestó el señor. *“¿Y cuánto me cobra?”* le dijo ella, *“No pos nada”* le contestó el chofer. Lo guió hasta su casa y tres camiones de volteo dejaron ahí el escombros. Ella consiguió un par de carretillas y le pagó a un par de muchachos para que metieran el escombros al patio de su casa. Una vez dentro, pacientemente como era su costumbre, a veces sola, a veces entre ella, las niñas y su marido, se dieron a la tarea de limpiar ladrillo por ladrillo, con cucharas de albañil que todavía conserva; rescataron suficiente ladrillo como para empezar el proyecto de la construcción de la parte de atrás de su casa, el resto del escombros sirvió para emparejar el terreno del patio.

Además de su tiendita, sus tandas y sus rifas, también se dedicaba a vender *“chácharas”* que le enviaba uno de sus hermanos que se había ido de mojado a los EUA. Se contactó con la amiga que le vendió el lote, quién lo ayudó a pasar al otro lado y a conseguir trabajo allá. Por ser la hermana mayor y como por medio de ella su hermano se había ido al Norte, era el contacto natural entre él y su familia. Esto permitía estrechar los lazos familiares a pesar del paso de los años. Para entonces las dos hermanas estaban bien casadas. La menor había terminado comercio y trabajaba en la Comisión Federal de Electricidad en Sayula. La otra residía en Ciudad Guzmán y atendía su propia tienda de abarrotes, de sus hermanos el que se había quedado en México, era el brazo derecho en el negocio de su tío y disfrutaba de una buena posición económica con su familia. El menor de todos seguía sin casarse, pensando en seguirle los pasos al que estaba en EUA, cosa que intentaría concretar posteriormente. Su padre había muerto cuando estaba esperando a la segunda de sus hijas, no había durado en la casa grande del abuelo, apenas ella había puesto un pie en el autobús que la traería de regreso a Sayula, cuando ya su papá tenía los dos en el solar de donde lo recogió. Siguió tomando hasta que su cuerpo no resistió más, los tíos, parientes paternos no querían saber nada de él, así que se dieron por enterados de su muerte cuando los vecinos lo encontraron sin vida y les avisaron.

Al igual que la vez anterior, Lucía fue la única de sus hermanos que asistió al sepelio. También como la última vez que estuvo en San Gabriel, llegó, enterró al papá y sin pena ni gloria se regresó a Guadalajara, lloró pero en realidad no sabe porqué, si era del recuerdo de su madre, de su padre o del recuerdo del almendro. Sentía nostalgia, coraje, soledad, pero no dolor, más nostalgia que otra cosa al evocar el corto tiempo de dulzuras antes de morir el abuelo, no ha regresado jamás al pueblo.

Nostalgia, coraje, soledad, tristeza, dolor y diabetes.

Fue durante el último embarazo cuando *“se me subió la azúcar por primera vez”*. En ese tiempo dos sucesos importantes le hicieron sentir algo en su pecho que podría llamarse dolor. Murieron los abuelos, primero la abuela y a los dos meses el abuelo, todos los hermanos estaban tristes, hasta el hermano que estaba en los EUA acudió al entierro. Vino y se fue llevándose consigo al hermano menor rumbo al paso del Norte. Era un miércoles de ceniza cuando se fueron y volvieron a saber de ellos hasta dos semanas después. Dicen que las malas noticias llegan volando y que cuando la muerte se presenta una y otra vez, se excita y se propone llevarse ánimas de un jalón.

Los hermanos estuvieron esperando al coyote escondidos entre los matorrales a la entrada del desierto de Arizona. Ya habían cruzado la línea y estaban esperando al relevo que los conduciría hasta un lugar cercano a San Francisco donde radicaba el mayor. Pero el “coyote” no se aparecía, llevaban dos días sin probar bocado, solo agua, cuando decidieron salir de su escondite y caminar por la carretera con la esperanza de que alguien los recogiera, no importaba que fuera la patrulla fronteriza de migración. Caminaron buen trecho cuando efectivamente los recogió la border patrol y los fue a tirar por el lado de Tijuana.

El poco dinero que llevaban se los quitó un paisano con cuchillo en mano en Tijuana. Así que se pusieron a lavar carros, para tener algo de dinero con que poder comunicarse tan siquiera con los conocidos en EUA, o con sus hermanos en Guadalajara. No les fue tan mal lavando coches y pronto estaban en contacto con sus familiares, les dijeron que esa semana intentarían pasar otra vez. En esta ocasión la aventura se inició en algún patio de alguna casa de Tijuana. Iban pasando de patio en patio por la noche para no ser vistos, atravesaron la línea a través de un túnel estrecho por el que prácticamente cabía una sola persona en fila india. Al salir corrieron a protegerse entre los arbustos, de cuando en cuando tenían que esquivar las luces de los patrulleros, repegándose como sanguijuelas al suelo. Fue noche de caminar y caminar entre matorrales espinosos, algunos se quedaron en el camino porque no podían seguir el paso de los demás. El dolor de estómago le había comenzado a Rubén, el menor de los hermanos casi al salir de Tijuana, pero no quiso decir nada, para no desperdiciar nuevamente la oportunidad de pasar al otro lado.

Estaba amaneciendo y el horizonte sin mucha vegetación admitía observar el amanecer como si fuera un guiño antes de abrirse en completud. Con la claridad de la luz solar el hermano mayor pudo darse cuenta de que Rubén estaba pálido, sudoroso y

se quejaba de un dolor que se había hecho insoportable, se quedaron atrás del grupo que siguió su marcha, el guía ni siquiera acudió a su llamado. De pronto estaba solo, con su hermano que sudaba, se ponía pálido y quejumbrosamente se sujetaba el estómago en medio del monte. No sabía dónde se encontraban ni para donde sería conveniente caminar en busca de ayuda. Pensó sólo en volver sobre sus pasos, regresar por donde consideraba, habían caminado. Pero su hermano prácticamente no podía moverse, lo cargó y desesperadamente comenzó a caminar hacia cualquier rumbo. Cuando los encontró una patrulla, su hermano ya no respondía, todavía con un soplo de vida llegaron a un hospital cerca de San Diego. Se le había reventado el apéndice, tenía peritonitis y una infección regada por toda la sangre, había sido imposible salvarlo.

Con estas noticias la tristeza se anidó un buen tiempo en el corazón de Lucía, tal vez por eso no había percibido sus propios malestares. La orinadera y la debilidad las explicaba por el embarazo, el hijo que ocupa su cuerpo se movía demasiado y lo más seguro es que estaría apretando la vejiga, se sentía débil, con tantas cosas que habían pasado no se le antojaba comer nada, su dieta se componía de tortillas con mantequilla, y leche. Si no ha sido por eso, *“no la libraba con su hijo”*, lo raro era que en vez de subir de peso estaba bajando, con todo y el embarazo, lo que seguro se debía a las penas. Había pasado un mes desde que lograron traerse el cuerpo de su hermano entre todos, ella les pidió prestado a los familiares de las señoritas y estaba pensando en hacer tamales otra vez, para sacar dinero y pagarles. Pero con esa debilidad que tenía y su embarazo, sentía que no podría con tanto trabajo.

Acudió a su cita mensual de control de embarazo al Seguro, le platicó al médico que la atendía sobre sus síntomas y el estado de ánimo en que se encontraba. El Dr. le mandó hacer unos análisis de sangre y orina. Cuando regresó por los resultados, le dijeron que traía el azúcar tan alto, que hasta por la orina lo estaba aventando. Ameritaba estar hospitalizada hasta que el azúcar estuviera en niveles normales porque de lo contrario su hijo podría salir afectado. Era urgente, su traslado debería ser inmediato. Le dieron una hoja con la que tendría que ir al hospital y llamaron a la trabajadora social para que se comunicara con sus familiares, su esposo se encontraba trabajando en esos momentos.

El mundo confuso de los hospitales y la medicina.

Él la alcanzó en el hospital cuando ya estaba encamada con una botella de suero y un aparatito donde se veían puras rayitas. Su cuerpo y el de su hijo estaban conectados con el mundo de la medicina. Le estaban bajando la azúcar, Lucía se sentía muy nerviosa y preocupada por el hijo que apenas se estaba formando en su vientre y por sus demás hijas. Afortunadamente su hermana la menor que vivía en Ciudad Guzmán vino a ayudarle y se hizo cargo del hogar, la solidaridad de su hermana en el momento requerido, le hizo pensar que tenía una familia, y le dio gracias a Dios. Siete días estuvo hospitalizada, la dieron de alta con medicamentos y con cita a su UMF, el resto del embarazo la pasó en citas de control prácticamente cada quince días. Cuando nació su última niña, le hicieron cesárea y la ligaron, le explicaron que corría riesgos importantes

si volvía a embarazarse y la asustaron cuando le dijeron que el riesgo de otra cesárea era la muerte. Ella más que su esposo, estuvo de acuerdo en que luego de la cesárea “*le cerraran la fábrica*”. Su niña cuando nació presentó un episodio de azúcar baja, los doctores le explicaron que los niños de madres diabéticas cuando nacen pueden tener esta respuesta, por eso su bebé necesitaba quedarse en una incubadora para observarla, porque pudiera ser que trajera los pulmoncitos inmaduros y presentara algún problema para respirar adecuadamente, debido a que ella era diabética, le decían.

No le gustaba estar en el hospital, era un mundo que no entendía. Tenía muchas preguntas sobre la niña, sobre ella misma, pero no sentía la confianza de hacerlas. Los doctores estaban un ratito en la mañana y otro en la tarde, siempre iban de prisa y a veces rodeados de otros doctores más jovencitos. Decían palabras raras cuando se referían a lo que tenía o sentía que muchas veces le sonaban a groserías. Hablaban de ella pero no con ella, era como si se tratara de un objeto más, igual que los otros que estaban ahí. Se imaginaba como un pedazo de madera en un taller de carpintería, al que le meten serrucho, lo moldean, le dan su pintadita, su retocadita y listo para salir con toda la adustez y seriedad que le aderezaban los doctores a un acontecimiento consumado cuando decían: “*Está lista para irse de alta*”.

Las enfermeras y enfermeros, porque también le tocaron del sexo masculino para su sorpresa, estaban más tiempo con ella, pero a la mayoría los recuerda como su tía del rancho, siempre enojados y mal encarados. Sin embargo, había una enfermera morenita que estaba en el turno de la noche con la que podía platicar más y con frecuencia la sacaba de sus dudas. Se llamaba Irma, aunque sólo la vio tres veces en el tiempo en que estuvo hospitalizada, sintió su trato tan amable y acogedor que la pena de estar en el hospital se le hizo más llevadera y durmió tranquila las noches en que estuvo Irma de enfermera. Recuerda particularmente la primera noche, sentía dolores en la herida de la cesárea y un dolor de cabeza que la molestaba tanto que sentía que en cualquier momento le estallarían. Irma le explicó que se trataba de un efecto posterior a la anestesia raquídea que le pusieron, le dijo que iba a comentarlo con el doctor, para que autorizara ponerle un medicamento para el dolor. Al ratito regresó con un par de jeringas, una la puso en el suero y la otra se la metió a la vena por donde “*estaba enchufado*” el suero.

Fuera la raquea o fuera cualquier cosa, ella estaba maldiciendo a la anestesia por lo mal que se sentía, y por sí o por no, le dijo a la enfermera que “*si caía muerta*” por favor se asegurara de que su hija recién nacida, no se fuera a perder entre tantos niños o alguien se la robara como había pasado en una telenovela. La enfermera la tranquilizó diciéndole que su hija estaba segura en la sala de cuneros y que de ahí no iba a salir más que en sus brazos. Por las inyecciones que le puso y sobre todo por esta respuesta que le dio, regresó un día en la noche cargando a su hija para que Irma la viera y le dejó sus regalos de deshilado, entre otras cosas una bata de enfermera para esas noches de insomnio obligado, se la hizo al puro tanteo pero le quedó a su medida, le deshiló el cuello, las mangas y el dobladizo además de sus adornos en las bolsas. Irma estaba encantada.

Mucho trabajo, pocos placeres. No hay tiempo ni ganas para pensar en diabetes.

De vuelta a la rutina diaria, su mundo transcurría entre la cocina, el lavadero, la escoba, el trapeador, las vueltas a la escuela, al kinder y las telenovelas, que eran su único entretenimiento. Al salir del hospital le habían dicho que tenía que presentarse en su Unidad de Medicina Familiar para que se le hiciera un chequeo constante de la azúcar y la presión, tenía que llevar a valorar a la niña también. Fue en dos ocasiones y en ambas la encontraron bien a ella y a la bebé, por lo que, aunque le habían dado otra cita ya no acudió a la clínica. Una porque se sentía bien y otra porque estaba con demasiado trabajo todos los días.

Habían quitado la tienda porque en una ocasión uno de los vecinos les dijo que los iban a multar debido a que no tenían permiso para vender, su esposo no quiso saber nada más y en una noche quitó todo. Ella le insistía en que fueran a sacar un permiso porque les hacía falta esa entrada de dinero, pero su esposo nunca accedió. Entonces vendió tamales nuevamente para juntar el dinero que aún debía, empezó vendiendo solo los fines de semana, pero pronto estaba vendiendo cada tercer día, era mucho trabajo para ella y la poca ayuda que le prestaban las dos niñas mayores, pero le iba bien y pronto salió de sus deudas.

Con el dinero que le sobró de lo que pagó, se compró una máquina de coser Singer facilitita. Le entró al negocio de la costura y no lo soltó hasta que sus ojos ya no le ayudaron ni para ensartar una aguja, era menos pesado que los tamales, más creativo y lo podía hacer en los ratitos libres que tenía o por la noche cuando sus hijas y su esposo dormían, le llovían las costuras porque tenía fama de bien hecha. Con estos recursos continuó con su proyecto de arreglar la casa y ampliar la construcción. Entonces se sentía muy bien y se había olvidado de la diabetes, no tenía ganas de pensar en eso, la hija menor tenía ya tres años. Pero una mañana despertó y de pronto su memoria se ancló en las mañanas de niebla de Ciudad Guzmán. Estaba mareada, con la boca seca, la vista nublada y se sentía débil.

Pensó que no podía ser otra muchacha porque los del Seguro la "*habían arreglado*" con la operación definitiva. Entonces tenía que ser otra cosa, tal vez se iba a enfermar del estómago o empezaría con gripa, pero no le dolía la garganta ni el estómago. Anduvo así por espacio de media mañana y poco a poco se fue sintiendo mejor, siguió con sus quehaceres habituales y ya para la tarde se sentía recuperada, pensó que lo mas seguro es que no se enfermaría de nada fue algo pasajero, se dijo, tenía mucha hambre y comió bastante bien con unas calientes que se le antojaron. Pero los síntomas se volvieron a presentar otras veces aunque eran pasajeros, por eso no les hacía mucho caso. Al tiempo pensó que tal vez sería mal de orín porque comenzó a orinar más de lo acostumbrado, aunque no le dolía nada. Pasaron unos días, cuando la visión borrosa no le permitió ensartar la aguja de la máquina de coser, por lo que se preocupó y acudió al Seguro. Hacía tiempo que no asistía a consulta. El médico que la atendió le dijo que por los síntomas y el antecedente de la elevación de la azúcar en su último embarazo, había que descartar que tuviera diabetes, le proporcionó medicamento para el mareo y le ordenó

un examen de sangre urgente. Al día siguiente en la mañana se haría el estudio y al mediodía con el resultado ya se vería.

Efectivamente “*traía la azúcar por las nubes*”, pensó que estaría más dulce que una cajeta de Sayula lo cuál no era tan malo. La diabetes existía, pero no podía decir que ella era diabética más bien quería pensar que se trataría de algo pasajero. De cualquier modo inició el tratamiento que le establecieron y decidió comer menos tortilla como le habían indicado. La nublazón de sus ojos comenzó a desaparecer, ya no sentía tantas ganas de orinar y de la debilidad se iba sintiendo mejor, procuraba no darle tantas probadas a la comida, pero de cuando en cuando se tomaba su refresquito y una piecita de pan dulce; los pies ya no le dolían, recuperaba sus fuerzas, su estado de ánimo y las ganas de cantar.

En su siguiente cita, tenía cifras bastante menores de azúcar en su sangre y nada en la orina, el doctor le dijo que siguiera igual y que la esperaba en el consultorio dentro de un mes. Estaba contenta, pero tenía una espinita clavada en el corazón que de cuando en cuando se le encajaba más y más, sus hijas crecían, su casa estaba tomando la forma que quería, tenía mejor semblante y fortaleza, realizaba sus actividades con ganas; pero su esposo seguía entrado en la tomadera. Por más que ella le insistía, le rogaba, hasta llegó a exigirle que no tomara, no le hacía caso, cada 8 días desde el sábado que llegaba, en la tarde se salía con sus amigos a la calle, dizque a ver los partidos de foot ball y no regresaba hasta bien entrada la noche, lo mismo hacía los domingos, no era violento, ni abusivo, no decía nada, por lo mismo ella no atinaba qué hacer. Le dolía que no les dedicara tiempo ni a ella, ni a las niñas. Tenía ganas de sentir su presencia como antes, de esposo, de compañero, de pareja, pero no, entre semana dedicado al trabajo y el fin de semana dedicado a los cuates y al alcohol.

Ganaba sentimientos de soledad día con día, a veces celos atormentados y lágrimas como chubascos repentinos, como quien abre la llave para no estallar por dentro, le carcomía la nostalgia de palabras tiernas, de miradas comprensivas, abrazos espontáneos colmados del amparo requerido, sentía la miseria del amor por dentro y por fuera. Pati la pequeña preguntaba *¿Porqué lloras amá?* nada más verdadero que decir por nada hija, por nada. La nada estaba presente por momentos, sus hijas y su trabajo la mantenían ocupada y aprendió a dejar la nada solo para ratos ocasionales. Después de la tercera cita al Seguro se sentía mejor, tenía bastante trabajo con la costura y se acercaba diciembre. En diciembre todas sus hijas estrenaban ropa, les hacía vestidos, pantalones, blusas, les tejía suéteres y bufandas, les compraba ropa interior y se divertía haciendo estos menesteres, pero ese trabajo le implicaba estar frente a la máquina de coser o las agujas del tejido mucho tiempo.

La diabetes se le olvidó y la nada pasó a segundo plano en ese tiempo. O tal vez es que ambas cosas empezaban a ser parte de su cotidianidad, parte de algo que sucede, que a pesar nuestro existe, algo no aceptado, más bien borrado. Adiós a las pastillas y a la nostalgia. Diciembre le gustaba, siempre disfrutaba la época navideña elaborando mil y una cosas, adornos para la casa, regalitos para toda la familia, visitas al centro, comprar esto o lo otro, pasarla con la familia, acercar lazos que antes estaban distendidos, vivir la navidad con algarabía.

Con la cuesta de enero llegaron otra vez los síntomas de la diabetes y con la diabetes los recuerdos negros, la rutina, la cansina de siempre y el abandono marital. La depresión es el arma letal de los dos primeros meses del año, bien dice la sabiduría popular: *enero y febrero desviejadero*. Los viejitos son los más susceptibles de sufrir este gran mal después de navidad pero nadie está exento del dedazo de la muerte. A pesar de todo, Lucía pensaba que sus males eran solo ideas y que no se iba a dejar caer nomás porque sí. Realmente eso de la azúcar alta no llegó para quedarse con ella, debía haber algún error de la naturaleza y ella ni estaba vieja ni era dada a la depresión, decidió salir adelante, olvidarse del alcoholismo del esposo y sus desvelos porque dejara de tomar; llegó a pensar que era un caso perdido, pero sufría por ello. La debilidad era lo que menos le gustaba sentir y lo que más le asustaba tener. Pensaba que tenía que comer bien y entretenerse en sus costuras, pero estaba bajando de peso a pesar de que comía y comía, no bien empezaba una prenda en su máquina de coser cuando ya se tenía que parar al baño a orinar, el suceso se repetía una y otra vez, lo peor de todo es que se estaba mareando nuevamente y no se sentía bien.

El proceso de identificarse y asumir la identidad de ser diabético.

La palabra diabetes rondó su mente nuevamente. Sin embargo, lo que más deseaba era alejarla, arrancarla de un jalón y con ella los malestares que sentía, se enojaba con facilidad, no toleraba que le hablaran las niñas y a su esposo había días que lo detestaba, lo odiaba junto con sus botellas de alcohol. Había llegado al punto en que le sacó su ropa del cuarto y lo mandó a dormir a la sala, pero el momento culminante de sus problemas se hizo evidente cuando le pegó a dos de sus hijas, a las que nunca había puesto una mano encima, el pretexto fue que llegaron tarde de la escuela. Estaba muy cambiada, pensaba que había hecho mal, muy mal, y este hecho la hizo reflexionar en otro sentido. Buscó nuevamente la atención médica en el Seguro Social. La recibió un médico que no conocía ni había visto antes, cuando le comentó sus problemas, lo que le estaba pasando y el antecedente de que ya le habían dicho que tenía diabetes hacia unos meses, el médico le puso una regañada de todos los judas y demás apóstoles. Pensó que solo faltaba una mentada de madre, regresó a su casa con un montón de pastillas, un papel para los análisis de laboratorio, una opresión de coraje en el pecho y otro río de lágrimas. Por la diabetes, por la regañada, por el abandono, por la impotencia, por la soledad, por el alcohol, por las tortillas calientes, la máquina de coser y sobre todo por sentirse la mujer más desvalida del mundo... sentía que ya no duraría mucho con vida, "*dos a tres años y me muero*" ... pensaba.

Pasada la primera tormenta, su corazón tenaz y generoso comenzó a latir más calmadamente, afortunadamente no había nadie en casa, sus cuatro hijas en la escuela y su esposo en el trabajo. Lo primero que hizo fue tomarse la pastilla para la diabetes, si tenía que empezar por algo para sentirse bien otra vez, tenía que ser la pastilla, la receta indicaba tomar una cada doce horas pero mejor se tomó dos por si las dudas una no era suficiente. Arregló su casa, hizo la comida igual que siempre, dudó en comprar o no los refrescos, pero pensó que los demás no estaban enfermos, solo ella. Venía cargando los

refrescos y ya se le antojaba un traguito de coca. *“Si tomo un solo traguito seguro no me hace daño”*, se tomó el traguito al llegar a su casa y cuando comieron procuró una tortilla menos y en vez de un vaso lleno de coca se sirvió medio vaso y le puso otro tanto de agua, no le gustó mucho el cambio de sabor, pero pensó que así no le haría daño para la diabetes. Al día siguiente repitió la misma operación solo que mejor se tomó el medio vaso de coca solo y aparte un vaso con agua natural. Con los días de estar tomando sus pastillas empezaba la sensación de mejoría de sus malestares físicos y de sus emociones. No había cambiado mucho su dieta pero no le había fallado a las pastillas, al mes que le tocaba su cita estaba con miedo de encontrarse otra vez al mismo médico, tan solo de pensar en la regañiza que le pondría si salía el azúcar alta se ponía de nervios *“Mal rayo lo parta si me empieza a regañar y yo sin saber que contestarle”*. Se fijó cuando abrieron la puerta del consultorio, la de malas ahí estaba el infeliz. Los niveles de azúcar en su sangre habían bajado, pero esto no la salvó de las palabras agresivas ni del gesto agrio del médico, si bien ya no estuvo tanto tiempo diciéndole y repitiéndole lo mismo que la vez anterior; le dio sus medicinas, el papel de los análisis y el día de su cita.

Iba más reconfortada por la plática que tuvo con otra de las pacientes del consultorio. La encontró por segunda ocasión en la fila para la cita al laboratorio porque también era diabética, sonriente le preguntó sobre su próxima cita con el médico, ¡las habían citado el mismo día! esto la llenó de alegría, estuvieron otro rato platicando sobre muchas cosas y se despidieron contentas. Lucía no tenía amigas, tan ocupada estaba de sus quehaceres que tenía poca relación con las vecinas que además eran bastante *“chismositas”*, esta señora le había caído muy bien y le gustó coincidir en las citas de laboratorio y con el médico, le gustaba la señora para que fuera su amiga. Al mes se arregló temprano para ir con los *“chupacabras”*, con este mote había bautizado al personal de laboratorio de su clínica, los conocía casi a todos porque ya tenía tiempo de acudir puntualmente a sus citas. El médico regañón seguía igual pero ya no le parecía tan infeliz, lo comprendía porque estaba viejito también, parece que pronto lo jubilarían. Siempre le decía que su azúcar no estaba en lo normal, pero tampoco demasiado alta como la primera vez, así que se limitaba a darle los medicamentos y a indicarle dieta y ejercicio, pero sin especificarle qué dieta ni qué ejercicio y la citaba rigurosamente al mes. Como siempre, andaba apurada haciendo una cosa y la otra, últimamente estaba elaborando jericallas para vender, entonces pensaba que hacía suficiente ejercicio todo el día entre el quehacer y las caminadas a la secundaria por sus hijas. Y la dieta estaba bien rebajando el refresco y comiendo unas tortillas menos.

Le gustaba ir a la clínica porque ahí había conocido a otras personas, pacientes de de su consultorio y de otros, incluso algunos señores con los que platicaba mientras esperaba su consulta y que le parecían muy cordiales a diferencia de su esposo. Uno de ellos era amable en particular y le gustaba encontrárselo de cuando en cuando, Chela y Lucía se las arreglaban para que siempre les tocara el mismo día la cita al médico. Se habían convertido en amigas del alma y se acompañaban al centro o a hacer alguna compra después de la atención médica. Luego de unos años ambas celebraban sus cumpleaños invitándose mutuamente a desayunar.

La inestabilidad emocional y los altibajos de la diabetes.

Sus hijas crecían y la vida se le había acomodado nuevamente hasta que un buen día su esposo le comunicó que dejaba de trabajar, consideraba que ya había trabajado mucho y que ahora sus hijas tenían el deber de mantenerlo. Nunca había pensado detenidamente lo que quería para sus hijas en un futuro, la inercia había sido que estudiaran y siguieran estudiando, conscientemente quería que no se fueran a casar chicas y menos que salieran con su domingo siete, inconscientemente quería que todas terminaran una carrera profesional y disfrutaran su vida de manera distinta a cómo ella la había vivido. La mayor que había estudiado secretariado en la secundaria técnica ya estaba trabajando en la fábrica de calzado Canadá, había aprendido mucho en la fábrica, se ocupaba de la contabilidad y tenía buen sueldo, le ayudaba con los gastos de la casa, y justamente días antes habían estado conversando, su hija le externó su deseo de seguir la preparatoria para estudiar después contabilidad en la Universidad de Guadalajara. La que le seguía estaba en la preparatoria y las dos menores cursaban la secundaria.

Por eso la decisión de su esposo que ya había renunciado a su trabajo fue como un choque para ella, y su presencia en la casa, trastornó la estabilidad lograda hasta esos momentos. Se mantenían de sus costuras y de lo que ganaba la mayor que seguía trabajando en la empresa Canadá, pero no era suficiente y la segunda se puso a trabajar al terminar la preparatoria, quería ser educadora pero sus proyectos tendrían que concretarse en otro tiempo. La dinámica familiar cambió, le parecía muy complicada la relación con su esposo que estaba siempre de mal humor, nada le parecía bien, quejándose de todo, y exigiendo más de lo que se le podía dar. Se acabaron los desayunos con Chela porque el marido la celaba y le contaba el tiempo en que tenía que estar de vuelta del Seguro, la apuración se le notaba en todo y cada vez más nerviosa, con una ansiedad que hasta el sueño le alteraba.

El azúcar empezó a subir y subir, al tiempo que su esposo tomaba más y más alcohol. Se sentía mal, le dolían los pies, se le acalambaban las manos, estaba casi todo el tiempo con sensación de mareo y para entonces aparecieron los dolores de cabeza. Se presentaba al Seguro con miedo porque el doctor otra vez la regañaba, le decía que su azúcar en vez de bajar estaba subiendo cada vez más. Le había doblado la cantidad de pastillas que se tomaba y ni así, pero tenía que ir por las pastillas porque comprarlas salía muy caro, tomaba dos tipos de medicamento y además las de los dolores de los huesos y de cuando en cuando las vitaminas y el calcio que le daba el médico para ver si se sentía mejor. Ni modo, tendría que aguantar sus aspavientos, al fin que no pasaba de eso, llegaba, revisaba el análisis, que sabía de antemano estaría elevado, venían las sermoneadas que porque no caminaba, que no comía lo que debía, que no le hacía caso al médico, etcétera, luego la medicina y otra vez la orden para el análisis. Ya se sabía la dinámica y no cambiaba.

Una de las últimas veces que vio al médico la reprendida había sido mayor. Fue justamente la vez que su esposo llegó con la cara ensangrentada porque había chocado la camioneta que tenía, andando borracho. Lo llevaron entre ella y dos de sus hijas a la Cruz Roja y le pusieron catorce puntadas entre la cabeza y la frente, de milagro no se

fracturó el cráneo, les dijo el doctor que lo atendió porque la herida estaba grande. Tenía su cita para el análisis al día siguiente, el resultado lo intuía y la actitud del doctor no hizo más que confirmarlo, en esa ocasión por primera vez se atrevió a preguntarle al médico cuánto traía de azúcar, porque recibía las regañadas por no estar en buen control, pero no sabía que cantidad era la que correspondía a un buen control, el médico nunca le explicaba que significaba estar normal o alta. La respuesta del médico fue que para qué quería saber, lo que tenía que hacer era guardar la dieta y hacer ejercicio, porque si no, terminaría en el hoyo, más fría que un témpano de hielo, pero que antes de que se muriera le iba a meter insulina.

El sincretismo de las alternativas. La sombra de la hipertensión y una atención al paciente, que no a las enfermedades.

Con esta respuesta no le quedó otra más que recoger sus pastillas, guardar la orden de análisis, dirigirse a su casa y esperar la muerte. En menos de tres años estaría muerta como le dijo el médico y qué mejor, de lo que sí estaba segura era que jamás le pondrían insulina, primero muerta que dejarse poner la insulina, quería ver hasta el último minuto de su vida, decían que la insulina dejaba ciegas a las personas... que no creyera el médico que ella se iba a dejar que le pusieran eso *"Muy sabiondo muy sabiondo, según él es el que manda, pero por mi cadáver pasa antes de ponerme una sola inyección"* Pensaba en aquél tiempo.

Tal vez sería bueno buscar otra cosa, las yerbas o los chochitos, no sabía qué, pero algo debía servir más que dejarse inyectar, buscó a las chismosas de sus vecinas, una de ellas conocía un doctor homeópata y la otra le recomendó el té maravilloso. No regresó al Seguro Social durante un buen tiempo. Mientras tanto, por si las dudas, compraba el Euglucon que le recomendaron en la farmacia. Seguía tomando sus pastillas, además del té y los chochitos, con lo que se sentía bien, los dolores de cabeza disminuyeron, pero no se quitaron del todo, de cuando en cuando las punzadas arreciaban y era lo que le preocupaba, el mareo y los dolores articulares habían cedido, pero no el dolor de cabeza. No obstante, pensaba que si se iba a morir se moriría entera y sin inyecciones. Pero no tuvo tiempo de comunicarle al médico su decisión. Estaba pasando por una mala rachita económica y pensó que andaría más controlada del azúcar, le demostraría al médico que las yerbas y la homeopatía eran más efectivas que su insulina. Era conveniente otro análisis y que le dieran sus pastillas para no estar gastando tanto, volvió al Seguro pero ya no estaba el mismo médico, lo habían jubilado.

En su lugar encontró a una doctora jovencita ella, o al menos mucho más joven que el doctor. Se sorprendió cuando apenas cruzaba la puerta la doctora le dijo: *"Buenos días siéntese Señora."* El Dr. Nunca contestaba sus saludos y cuando lo hacía le decía: *"Qué tienen de buenos."* Desde el primer instante la comunicación con la doctora fue distinta, no hubo regañones ni amenazas, le preguntó de entrada cómo se sentía. Había pasado mucho tiempo desde la última vez que alguien le preguntaba cómo se sentía.

De momento no supo que contestar *¿Cómo me sentía ?...* realmente la diabetes era la enfermedad por la que anteriormente acudía cada mes al Seguro, pero se había

acostumbrado a las recomendaciones en forma de regañadas y a recibir sus pastillas, con nadie platicaba de sus malestares desde que se terminaron los desayunos con Chela, ni en su casa ni con el médico anterior hacía referencia a lo que sentía. Tal vez por eso no supo que contestar ante la pregunta, no sabía si hablar de sus dolencias corporales, de sus malestares emocionales, o de la desazón de su corazón. De alguna manera se había acostumbrado al mareo y al dolor de cabeza, recurría con frecuencia al sedalmerck o a cualquier otra pastillita que momentáneamente se lo quitara, aunque después le volviera. Los ojos de la doctora seguían interrogándola, la observó por un momento y fue su mirada la que le hizo contestar, *“me siento muy angustiada doctora”* El silencio que se sucedió entre ambas le dio tiempo a pensar en la respuesta al *¿por qué?*

Quería decirle a la doctora que era por su marido, porque ya no trabajaba, tomaba alcohol y la ponía todo el día de nervios, pero le dijo *“es que traigo la azúcar alta”*. Ante la pregunta *¿es usted diabética?* Lucía respondió con un tímido *“sí”*. No le gustaba pensar que era diabética y menos que los demás supieran que lo era aún y que fueran doctores, todavía tuvo que responder a la pregunta *¿desde cuándo?* realmente no sabía bien desde cuándo, por eso la vaguedad de su respuesta: *“desde hace mucho tiempo”*. Recordó rápidamente la primera vez que le dijeron que tenía el azúcar elevada cuando estaba embarazada de Pati, pero eso fue pasajero... no podía ser diabética desde entonces, fue tiempo después, pero se había perdido en su memoria el momento exacto en que comprendió que la diabetes era una enfermedad anidada en su cuerpo; algo que no vino de afuera como un microbio que pega la gripa y luego se va. Esto había comenzado desde adentro a pesar suyo, dentro, era como si algo se estuviera echando a perder y dejara de funcionar. Algo parecido al cáncer, pero no tan malo, o quién sabe... algo que parte de uno y se queda con uno, no se cura, no se quita, por más lucha que hagas permanece y te acompaña todo el tiempo. A veces más benévolo, a veces te perjudica más, no te deja sentir bien, afecta tu cuerpo aunque no lo quieras y a veces ni sientes cómo, pero ya te dañó los riñones, los ojos, te cortan un pié o de plano te vas al cajón.

“Bueno a ver, vamos a ver” le dijo la doctora *“hace mucho tiempo que no se hace análisis, puede que la azúcar esté elevada, pero no sabemos... ¿Sigue tomando su tratamiento?”*

“Sí doctora, lo estoy comprando.”

Quiso decirle acerca de las yerbas y los granulitos de homeopatía, pero pensó que a lo mejor la doctora no estaría de acuerdo con eso, porque no eran medicinas, por eso se arrepintió antes de hablar, no sabía cómo reaccionaría ella, lo mejor sería esperar. *“Bien, le contestó veamos su presión ¿me permite checársela?”*

La falta de regaños ya se le hacía algo extraño, pero tanta amabilidad le hizo pensar que no se encontraba en el Seguro sino en una clínica particular. La respuesta siguió siendo distinta a las que estaba acostumbrada con el otro médico.

“La presión está alta también, puede que por eso sean sus dolores de cabeza. ¿Nunca le habían dicho antes que la tuviera alta?”

“No doctora, es la primera vez, le dijo con cierta desazón en sus palabras.”

La doctora también le revisó el corazón, los pulmones, el estómago y hasta los pies, dizque porque no la conocía y quería empezar a conocerla, a saber de ella y sus

enfermedades. Sería su doctora familiar, Lucía se sentía rara, pero conforme la doctora le hacía preguntas acerca de sus males y ella respondía negativamente, se empezó a sentir más reconfortada. La doctora confirmaba que era diabética y probablemente hipertensa, pero aparentemente no tenía las feas y graves complicaciones por las que estas enfermedades destruyen a las personas. De cualquier forma le haría varios estudios de sangre y hasta un electrocardiograma y una radiografía, le hizo más preguntas en esta primera consulta de las que el médico anterior le había hecho en todo el tiempo que la estuvo tratando.

Le preguntó hasta de lo que comía y a que horas comía. Si salía a caminar o hacía puro quehacer, si tenía un parque o un jardín cerca de su casa, y sobre todo, si estaba preocupada por algo. A Lucía se le había olvidado su esposo pensando en sí misma con las preguntas de la doctora sobre el estado de su propio cuerpo. El reconocimiento de sus problemas físicos la hizo olvidar por un momento sus malestares emocionales, pero cuando tocó el punto de la preocupación, casi al borde de las lágrimas *“con lo chillona que soy”* le dijo: *“estoy nerviosa y angustiada porque mi esposo toma mucho y me dice cosas que me hacen enojar”* no la golpeaba, no, pero la preocupaba, la ponía de genio con lo que decía y hacía, tanto que a veces no podía ni dormir.

La doctora le contestó que lo más factible era que la causa de su descontrol fuera su estado emocional y no tanto que comiera mal, la ayudaría con pastillas para los nervios, pero tendría que acudir con la trabajadora social y a nutrición para que conociera las alternativas que estos servicios podrían ofrecerle con el problema de su esposo y vigilar lo de su dieta. Lucía pensó que le daba al clavo cuando atinó a decir que la causa del descontrol de su diabetes era su esposo, estaba totalmente de acuerdo con esto. Sintió que la doctora le había caído del cielo en esos momentos en que se encontraba tan desilusionada, agradeció a la virgencita de Santa Cecilia, pero para asegurarse le preguntó a la doctora si al mes que volvería a su cita, estaría ella de nuevo o encontraría al médico anterior. De esta manera se enteró que el doctor estaba jubilado y que ella sería en adelante su doctora, así que le pedía que todo lo que en ese momento le había indicado lo realizara al pié de la letra y regresara al mes con sus estudios, su electrocardiograma y sus citas a trabajo social y a nutrición, como habían acordado, le dijo. A lo que ella respondió: *“sí”*.

El mundo de la esperanza. A pesar de la diabetes y la hipertensión.

Le dieron su cita temprano. Estaba nerviosa por ver si encontraría a la misma doctora o no, el fantasma del otro médico junto con sus regañadas rondaba su cabeza, había llegado con su comprobante de laboratorio, y en su carnet las citas de trabajo social y nutrición. Quería compartirle a la doctora el gusto que tenía porque en las pláticas de trabajo social había entendido muchas cosas acerca de la diabetes y la hipertensión. Ahora estaba segura de que no se iba a morir pronto, había tenido además una cita personal con la trabajadora social, fue la segunda persona en menos de un mes con la que se desahogaba y hablaba seriamente sobre el alcoholismo de su esposo. La trabajadora social la escuchó amablemente y le había dado algunos tips para que se

sintiera mejor. Eran consejos para que la relación con su esposo fuera más llevadera y la preocupara menos, la invito a participar en un grupo de diabéticos donde hacían ejercicio, se compartían dietas, les enseñaban manualidades, organizaban paseos, en fin, también le aconsejó que acudiera a algún grupo de Alanon, éstos son grupos que los alcohólicos anónimos organizan para ayudar a los familiares de los alcohólicos. Las dos propuestas le resultaban interesantes, pero no se había decidido por acudir a ninguna de las dos, tenía miedo de los celos de su esposo y de que esto empeorara las cosas entre ambos. Se asomó por la puerta al salir el paciente del consultorio y su corazón dio una maroma de gusto cuando pudo constatar que en su interior se encontraba la misma doctora que la atendió el mes anterior. Tocó su turno, y se sorprendió a sí misma cuando al preguntarle la doctora cómo se sentía, respondió bien, doctora, me siento mejor.

En efecto, así era en realidad, las pastillas para los nervios le habían ayudado, pero más le estaba ayudando saber que había personas interesadas en ella y sus padeceres. Por eso le contó a la doctora lo que le habían dicho tanto la trabajadora social como la señorita de nutrición, le había gustado más la atención de la trabajadora social que le inspiró confianza y con quien habló de su esposo y de los problemas que tenía en su familia. En nutrición le informaron muy detenidamente de lo que era conveniente comer y lo que no, por primera vez desde que iba a sus citas al Seguro le habían dado una dieta, no le gustaba mucho la dieta pero intentaba seguirla al pié de la letra. Le confió a la doctora que seguía tomando refresco, pero estaba haciendo esfuerzo para dejarlo. Estaba mejor de sus nervios y pensaba que los niveles del azúcar y la presión estarían mejor, por segunda ocasión se atrevió a preguntar acerca de la cantidad de azúcar que tenía en su sangre.

La doctora le informó sobre sus cifras y hasta le enseñó el resultado de su análisis. No sólo le explicó lo que significaba la cantidad de azúcar que su resultado indicaba, sino también le aclaró lo que esto quería decir en términos de mejoría o gravedad, le puso ejemplos sencillos que podía entender manejando conceptos que se referían a lo que es mejor o peor, bueno o malo, conveniente o inconveniente; de esta manera comprendió cuáles eran las cantidades normales de azúcar y lo que debería alcanzar como meta para estar normal, como cualquier persona, sólo que con un régimen de dieta especial y un programa de ejercicios sencillos. También le explicó con todo detalle el tipo de complicaciones que niveles elevados de azúcar provocan en el cuerpo y la forma en que se pueden evitar, nunca antes le habían hablado así, ni le habían explicado tantas cosas acerca de la diabetes.

En la siguiente consulta le mostró su electrocardiograma, la revisó otra vez de su presión, corazón, pulmones y pies, realizó cambios a su tratamiento y le hizo prometer que seguiría las indicaciones al pie de la letra porque también padecía de la presión alta, ya que luego de tres meses de estarla revisando, siempre la había tenido elevada. Por el momento debería dejar de comer sal y tendría que tomar una pastilla más para mantenerla controlada, se comprometió a explicarle sobre la hipertensión en su próxima cita de la misma forma en que le había venido explicando en las consultas anteriores sobre la diabetes.

Desde la primera consulta se sintió contenta con esta doctora, le agradecía su paciencia y su interés por ella como persona, como ser humano, principalmente le agradecía que la hubiera hecho sentir mejor, mucho mejor, al darle ánimos para continuar adelante con sus problemas. Era como si alguien le abriera la puerta a un mundo que ya consideraba cerrado, el mundo de la esperanza. Por eso no faltaba a sus citas y cada vez mejoraba en sus resultados de laboratorio. Las cifras de la presión estaban bien controladas, se estaba estabilizando y de igual manera le ganaba terreno a las angustias y ansiedades. Esto le costaba más trabajo, pero avanzaba gracias al soporte que encontró al ampliarse su mundo de relaciones sociales desde el momento en que accedió a hacer lo que la señorita de trabajo social le insistía, llevaba un año de estar frecuentando el grupo de Alanon. Al principio no se encontraba muy a gusto porque ahí todo mundo hablaba de lo que le pasaba con sus familiares alcohólicos, ella no pensaba que su esposo fuera alcohólico, porque no era violento. Antes de entender lo que es el alcoholismo pensaba que solo los borrachos como su papá y el asistido de su mamá, eran alcohólicos, porque perdían los estribos cuando se emborrachaban, en el grupo se encargaron de quitarle vendas de los ojos y ayudarle a entender que tenía en sus manos la mejor parte para la solución a sus problemas. Nunca imaginó antes de esta experiencia, y las que tenía en su clínica que podría descargar de su cuerpo los enormes bultos que venía cargando desde la infancia. No lloró la primera vez que se animó a decirles a los demás lo que sentía y venía sintiendo desde mucho tiempo atrás, por pura vergüenza... nunca le gustó que otras personas la vieran llorar, ni siquiera sus hijas.

Pero la segunda vez que habló frente al grupo, sintió de pronto que se encontraba libre de las ataduras que no le permitían llorar frente a otros, era chillona, pero siempre a solas, esa vez lo hizo frente a todos sin que al terminar de llorar, se sintiera mal. Por el contrario, se sentía muy bien cuando pudo desahogar parte de su terrible angustia, fue entonces cuando el guía del grupo le dijo que *“se estaba deshaciendo de sus pesados bultos”*.

Conjuntando el pasado, el presente y el futuro. Soltando bultos para hacer proyectos.

Efectivamente camino de su casa se sentía más liviana y mejor, era como si en verdad se hubiera deshecho de una carga pesada. Por eso la palabra bulto le parecía tan elocuente, le gustó y la prefería cuando hablaba con alguien acerca de lo que estaba logrando, empezó a ver de otra manera a su esposo y su problema de alcoholismo, le enseñaron a deslindarse de ambas cosas. Ella no era su esposo y no era alcohólica. Su esposo tenía esta enfermedad, podía hacer cosas para ayudarle, muchas, menos angustiarse por eso y sentir que tenía que cargarlo y con él cargar el mundo entero.

Su relación con las hijas empezó a cambiar también, se sentía más comprensiva y aunque le faltaban estudios estaba segura de que podía guiar a sus hijas por caminos del bien, ayudarles a construir el futuro que imaginaba para ellas, el que su ser no había podido disfrutar. Estaba haciendo proyectos nuevamente, si su esposo no arrimaba un cinco a la casa ella se encargaría de hacerlo, apoyada por las dos hijas mayores que trabajaban, desempolvó su máquina de coser y empezó a tener clientela otra vez. Ese

año fue un buen año, en la clínica se ofrecieron cursos de varias manualidades y participó en todos, *Al que madruga Dios le ayuda*, era uno de sus dichos predilectos. Por eso se levantaba temprano por las mañanas, antes de ir a sus clases, dejaba la casa recogida y la comida elaborada. Por las tardes se dedicaba a sus costuras, mientras ponía la lavadora, por las noches planchaba después de dar de cenar y se acostaba a dormir muerta de cansancio, pero contenta. Tenía tiempo que no discutía con su esposo pues ya no le hacía caso, no caía en sus provocaciones, no se dejaba intimidar y curiosamente no recordaba desde cuando ya no le pedía permiso para salir. Tal vez desde el momento en que dejó de cargar con el alcoholismo de los hombres que había tenido cerca, de los sinsabores, temores, enojos, corajes y sobre todo las angustias que acompañaban las terribles experiencias de compartir la vida con un alcohólico. Su esposo afortunadamente nunca la había golpeado, pero ahora estaba segura de poder resolver una situación violenta, sabía que podría enfrentarse a un hombre violento y evitar que la golpeará, antes saldría golpeado él.

En diciembre de ese año trabajó mucho en hacer adornos navideños de fieltro, era habilidosa con las manos, más que muchas otras mujeres, trabajaba rápido y las cosas que hacía quedaban muy bonitas, combinaba colores y pegaba la lentejuela parejita, parejita, tenía iniciativa, ingenio y creatividad para trabajar. Sus muñecos eran de los mejor elaborados, por lo tanto eran los más vendidos. Trabajó mucho esa navidad pero obtuvo su recompensa, para ella una pequeña fortuna, porque no había gastado en material, la trabajadora social lo había conseguido gratuitamente, como una donación de las señoras voluntarias del Seguro, lideradas por la esposa del Delegado del IMSS y la del Presidente Municipal.

Al año siguiente su hija Andrea podría inscribirse en la normal y Rosa Elena que quería estudiar trabajo social podría entrar a la universidad, eso de trabajo social, estaba bien, seguramente su hija terminaría la escuela, sería una excelente trabajadora social y quién sabe, pero si Diosito y la virgencita de Santa Cecilia la seguían ayudando como hasta ahora, posiblemente su hija hasta podría trabajar en el Seguro y ayudar a tantos diabéticos y tantos enfermos, que no tienen quién les levante el ánimo en sus casas. Tan ocupada estaba en estos menesteres que hasta dejó de asistir a su cita de control mensual ese mes, perdió las cuentas de los días y confundió el día de la cita al grupo de Alanon también. Era la primera vez que faltaba a ambas citas en tres años, se sentía a disgusto consigo misma porque veía esta falta como un incumplimiento de un compromiso. Sentía que estaba bien de su azúcar y su presión, si bien, sus mediciones no estaban en los niveles óptimos, hacía tiempo que estaba casi a punto de llegar a lo normal. La doctora le decía que era *“como la selección mexicana de foot ball, siempre se quedaba en el ya merito”* no podía alcanzar los valores normales pero tampoco se descompensaba ni tenía altibajos.

Le comentaba su rutina a la doctora cuando asistía a sus citas, siempre le contestaba que trabajaba mucho, que tal vez por eso, por no tener una vida más tranquila no podía alcanzar los valores de lo normal. Eran muchas las actividades que realizaba, a su edad tendría que estar llevando una vida menos azarosa. *“¿Pero cómo?”* le decía con frecuencia. Sentía que la doctora la entendía y más bien, le daba vitaminas

para que siguiera con sus labores. Tenía muchas cosas que hacer y en qué pensar porque quería que sus hijas estudiaran y se casaran con hombres estudiados que les dieran una vida distinta a la suya, por eso la tenía sin cuidado eso de alcanzar la normalidad. Para ella lo importante era sentirse bien y tener fuerzas para *“arrimar dinero a mi casa, meter a mis hijas a la escuela y divertirme haciendo monos navideños de fieltro”*.

La vida y las enfermedades por lo mismo dependen de quién las mire a través de su propia biografía. Así como en esos momentos Lucía veía a las personas y el bullicio de la vida citadina a través de los vidrios de un camión en marcha, rememorando el día en que nació. El convencimiento de que era diabética, había llegado acompañado por la preocupación y la idea de que tendría una vida corta, que moriría pronto y que no podría hacer lo que quería. Por eso cuando mira la vida a través de los cristales empañados del microbús piensa que se puede llegar a viejo, siendo diabética. Se pueden alcanzar aspiraciones y metas. *“Solo hay que seguir las reglas”* se dice.

De sus hijas la única que le preocupa es la mayor, que finalmente no estudió. Se casó pero se separó del esposo porque éste se enfermó de la mente. Por el momento se ha quedado sin trabajo y tiene un hijo de 7 años. La misma edad que ella tenía cuando salió de San Gabriel.

Ofrenda.

Después de leer el texto anterior, se preguntarán por qué comenzar esta tesis con la edición de una historia de vida. Mi respuesta sería que el texto contiene el problema, el método y los argumentos que voy a desarrollar a lo largo de los capítulos subsiguientes. La etnografía es un proceso de investigación mediante el cual el investigador no sólo observa, sino que participa en la vida cotidiana de otros. Para mí la experiencia cotidiana realizando etnografía, fue mucho más que un método y sus herramientas para el trabajo de campo. Fue un acercamiento a una manera de ver y sentir el mundo. Pero no sólo el mundo de esos otros investigados, sino mi propio mundo. Significó poder tomar distancia para pensar, analizar y reflexionar sobre los significados de estar en contacto con pacientes que viven con una enfermedad crónico-degenerativa. Por eso la presentación de Lucía dista mucho de ser meramente un detalle descriptivo, es ante todo la evidencia de un proceso, o mejor dicho de varios procesos que entrelazan necesidades, problemas y respuestas a ellos. En estos procesos vividos como experiencias, se inmiscuyen categorías y conceptos teóricos con el dato empírico.

Obviamente después de la presentación necesitarán ser analizados y comprendidos. A lo largo de la tesis es posible que esto se logre, pero hay una cosa que quiero recalcar: el estímulo del trabajo fue buscar explicaciones al encontrar tanta diversidad de pensamiento y acciones en contextos parecidos o semejantes. Me encontré con la necesidad de la apertura del pensamiento y de romper con esquemas, clichés y actitudes que daba por sentado eran las mejores, si bien nunca estuve casada con fundamentalismos, paradigmas o verdades totalitarias. Por qué esto y por qué lo otro, eran frases que llegaron por asalto mientras estuve en contacto con la gente, mientras se sucedían los diálogos que a veces parecían interminables y a veces se cortaban de tajo.

Pero aprendí a escuchar no solo las palabras sino también los silencios. Aprendí que la interpretación es constante, pero no siempre llevada al plano de la reflexión. Protagonizar un estudio antropológico con limitantes de tiempo en muchos sentidos, cuando se es madre, esposa, amiga, trabajadora de la salud y yo misma, no fue una tarea fácil. Pero la salvedad del tiempo es

la pasión por conocer o saber. Partir de la propia curiosidad para mostrar que las grandes teorías pueden nutrirse de la novedad de la investigación y la escritura experimental en antropología como lo señalan Marcus y Fischer (1986). La frescura del dato, la profundidad del significado, la constancia y persistencia de la cercanía, así como el ir descubriendo la intrincada maraña de las relaciones sociales sin que se pierda de vista al individuo con sus particularidades biológicas, fueron parte de los privilegios que el trabajo antropológico me brindó. Desde estas líneas agradezco la generosidad de esta ciencia.

La diversidad de respuestas en la conducta que pueden tener las personas, antes, en el momento, y después del diagnóstico de una enfermedad crónico-degenerativa, conforman el cúmulo de experiencias que constituyen el objeto de estudio de esta tesis. Localizadas en tres actores sociales: la Institución, los prestadores de servicios y los pacientes. El acercamiento a su entendimiento y comprensión se realiza a partir de la compleja gama de significados que encierra vivir con... y atender a... personas con diabetes y/o hipertensión.

Esta investigación es un estudio de la cultura desde la antropología de la experiencia. Es necesario esclarecer que desde esta perspectiva en concordancia con Kuper (2001) no se intenta explicar todo lo que la gente hace ni por qué lo hace, es decir el pensamiento y acción de las personas. La cultura es parte de los diferentes contextos de vida, donde tienen igual importancia las fuerzas económicas y políticas, las instituciones sociales, el ambiente y los procesos biológicos.

Entiendo a la cultura de la manera en que la define Rosaldo (1991:10)

“La cultura es lo que proporciona significado a la experiencia humana seleccionándola y organizándola... las formas por las que la gente le da sentido a su vida”

La que nunca es homogénea, sino que tiene *“fronteras y encrucijadas”* (*ibid*) que surgen no sólo en los límites de las unidades culturales que son reconocidas internacionalmente, como la raza, el idioma, la clase, la religión y el grupo étnico, sino en intersecciones menos formales como el género, la edad, el estatus y las preferencias sexuales. Es posible que en esta era moderna, se agreguen también las enfermedades crónico-degenerativas que pueden llegar a padecer los sujetos, como el sida, el cáncer, las enfermedades autoinmunes y con mayor frecuencia la diabetes y la hipertensión. De acuerdo con Rosaldo, los encuentros con la diferencia invaden la vida cotidiana moderna en marcos urbanos. Diferencias que poco pudo constatar, identificar y analizar la antropología clásica, que ahora se abren como ventanas sin horizonte para tratar de alcanzar su comprensión. Una aportación en este sentido es utilizada como la piedra de toque de la investigación: el análisis de la experiencia. Visualizada como una herramienta de tipo teórico-metodológico para la comprensión del objeto de estudio planteado, Victor Turner, Edward Brunner y Bárbara Meyerhoff fueron sus principales exponentes.

Para Turner y Brunner la antropología de la experiencia trata acerca de cómo los individuos experimentan su cultura. Esto es cómo los eventos cotidianos son recibidos por la consciencia, reflexionados y proyectados en acciones pragmáticas. En su reflexión se incorporan no sólo los juicios razonados, sino también los sentimientos y las expectativas. La experiencia es vivida como pensamiento y deseo, como palabra e imagen, cómo idea y acción, y puede ser singular o colectiva. Puede hablarse de una experiencia o de las experiencias. Porque además, la experiencia se refiere a la expresión en prácticas humanas de la reflexión sobre hechos pasados, presentes y expectativas futuras.

Veamos en seguida lo que esta tesis ofrece.

II. SINGULARIDADES DE LA DIABETES Y LA HIPERTENSIÓN A TRAVÉS DE UN CRISOL ANTROPOLÓGICO.

Introducción.

Lucía es una más, entre la cantidad de diabéticos, así como de las personas que padecen hipertensión en el mundo entero. A continuación presento un panorama de lo que sucede con estas enfermedades en nuestro país.

Los cambios demográficos en las tres últimas décadas revelan una fotografía distinta del paisaje epidemiológico en México. Ahora las enfermedades propias de un país desarrollado aparecen conjuntamente con las manifestaciones distintivas de un país pobre. Nuestra población muere debido a enfermedades del corazón, el cáncer, la diabetes, los accidentes y las enfermedades hepáticas. Pero también debido a la influenza, la neumonía y como consecuencia de muchos de los problemas que se presentan durante la atención del parto y el recién nacido (cuadro 1).

Cuadro 1. Principales motivos de defunción en México y Jalisco (enero-diciembre 2003).

Causa	Nacional	Estructura %	Entidad JALISCO	Estructura %
Enfermedades del corazón ^a	77 644	16.4	5 444	16.5
Tumores malignos	60 046	12.7	4 407	13.4
Diabetes mellitus	59 192	12.5	4 096	12.5
Accidentes	35 411	7.5	2 617	8.0
Enfermedades cerebrovasculares	26 892	5.7	2 007	6.1
Enfermedades del hígado	29 289	6.2	1 528	4.6
Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	13 123	2.8	1 377	4.2
Influenza y neumonía	11 958	2.5	1 054	3.2
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal ^b	17 083	3.6	924	2.8
Insuficiencia renal	9 353	2.0	677	2.1
Las demás causas	132 149	28.0	8 764	26.6
Total	472 140	100.0	32 895	100.0

NOTA: Defunciones registradas según lugar de residencia habitual del fallecido.
^a Excluye paro cardíaco.
^b Incluye tétanos neonatal.
FUENTE: INEGI. *Estadísticas de Mortalidad 2003.*

La frecuencia de causas de muerte por enfermedades crónico-degenerativas se ha incrementado a tal grado que en la actualidad ocupa uno de los primeros lugares. Con respecto a la morbilidad las enfermedades infecciosas están a la cabeza en cuanto a la demanda de atención médica tanto en el nivel nacional, como en el estatal (cuadro 2). Sin embargo, no hay que perder de vista que la hipertensión arterial y la diabetes mellitus tipo 2 se encuentran en los onceavo y treceavo lugares, respectivamente, en la estadística nacional para los años 2000 y 2002.

Cuadro 2. Tasas de los principales motivos de atención médica de primera vez. México, (2000 y 2002).

Causa de casos nuevos de enfermedad (Por 100 mil habitantes)	2000	2002
Infecciones respiratorias agudas	29 441.3	9 210.1
Infecciones intestinales por otros organismos y las mal definidas	5 206.5	1 364.6
Infección de vías urinarias	2 968.9	810.1
Amibiasis Intestinal	1 354.4	484.3
Úlceras, gastritis y duodenitis	1 285.6	423.4
Otitis media aguda	615.8	382.8
Ascariasis	349.5	171.4
Candidiasis urogenital	303.3	164.0
Intoxicación por picadura de alacrán	209.3	135.6
Desnutrición leve	230.3	118.1
Hipertensión arterial	402.4	117.9
Angina estreptococcica	229.4	115.4
Diabetes mellitus no insulino dependiente (Tipo II)	288.4	114.6
Mordeduras	136.4	108.6
Tricomoniasis urogenital	175.2	107.7
NOTA: Los casos nuevos de enfermedad son los de notificación obligatoria de acuerdo con el Sistema de Vigilancia Epidemiológica. Tasa por 100 000 habitantes.		
FUENTE: SS. <i>Boletín de Información Estadística. Daños a la salud. Volumen II, Núms. 20 y 22. México</i>		

De igual forma, las necesidades en torno al embarazo y el parto representan el primer lugar de egresos hospitalarios de acuerdo con los datos del Sistema Nacional de salud² de ahí las características del patrón mixto de morbi-mortalidad que tenemos en nuestro país. En el cuadro 3 se presentan los principales motivos de defunción en México en los últimos 13 años y se muestran los cambios que se han venido operando con el incremento de las enfermedades crónico-degenerativas.

² Boletín epidemiológico, SNS, semana19, 2000.

Cuadro 3. Porcentaje comparativo de defunciones generales y principales causas (1990-2003).

Causa	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Enfermedades del corazón	12.5	13.2	13.6	14	14.5	14.8	15	15.4	15.4	15.6	15.7	15.9	16.2	16.4
Tumores malignos	9.7	10.2	10.7	10.8	11.1	11.2	11.4	11.6	11.8	12.1	12.6	12.7	12.7	12.7
Diabetes mellitus	6.1	6.6	6.9	7.1	7.2	7.7	8	8.2	9.4	10.3	10.7	11.3	11.9	12.5
Accidentes	9.3	9.5	9.3	8.9	8.9	8.3	8	8.1	8	8	8.1	8	7.8	7.5
Enfermedades del hígado ^a	4.2	4.5	4.7	4.9	5	4.9	5	5.2	6.1	6.1	6.3	6.3	6.2	6.2
Enfermedades cerebrovasculares ^b	4.7	5.1	5.2	5.2	5.4	5.4	5.6	5.6	5.6	5.8	5.8	5.8	5.8	5.7
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	5.5	5.4	5.3	5	4.9	4.8	4.5	4.5	4.5	4.3	4.4	4.1	4	3.6
Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas ^c	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	2.5	2.5	2.5	2.6	2.8
Influenza y neumonía ^d	5.3	4.7	4.6	4.5	4.6	4.6	4.7	4.5	3.4	3.2	2.8	2.6	2.5	2.5
Agresiones (homicidios) ^e	3.4	3.7	4	3.9	3.8	3.6	3.3	3.1	3.1	2.8				

Notas: El total no corresponde a la suma de ambos sexo, ya que incluye sexo no especificado. En cada año se consideran las diez principales causas de muerte. De 1990 a 1997, se utilizó la metodología de la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-9. Para los años de 1998 a 2002, se utiliza la CIE-10.

^a De 1990 a 1997 se denominaba cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado. Para 1998 se denomina enfermedad alcohólica y otras enfermedades crónicas del hígado.

^c Hasta 1997 se denominaba como otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas.

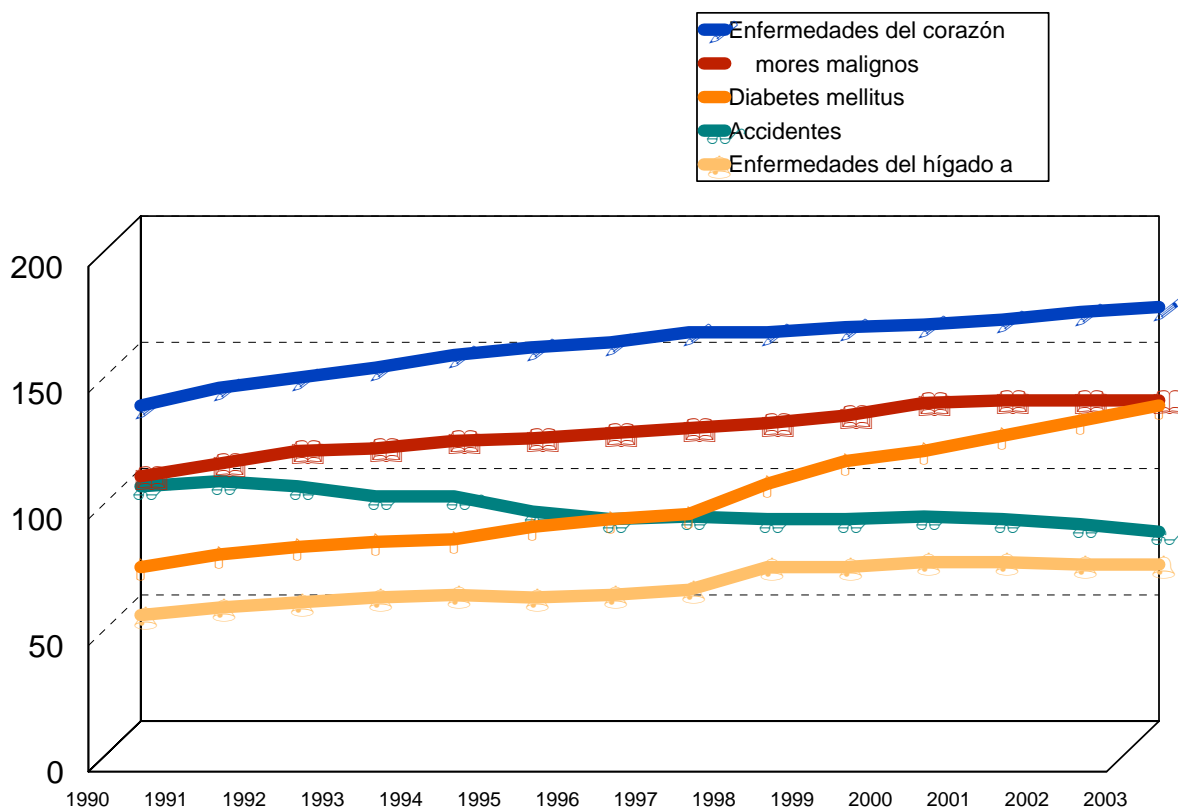
^d Hasta 1997 se denominaba neumonía e influenza.

^e Hasta 1997 se denominaba homicidio y lesiones inflingidas intencionalmente por otra persona.

ND: No hay datos

FUENTE: INEGI. Estadísticas de Mortalidad en dinámica de población de 1990-2003.

De este cuadro he seleccionado las cinco primeras causas de mortalidad para elaborar la gráfica 1 donde se evidencia con mayor claridad el aumento significativo en la última década de las enfermedades cardiovasculares y de la diabetes mellitus. Esta última identificada como causa única de muerte a diferencia de los tumores malignos que agrupan los diversos tipos de cáncer que se pueden presentar en el cuerpo.

Gráfica 1. **Tendencia de las 5 primeras causas de defunción, México 1990-2003.**

Fuente: Elaboración propia a partir de estadísticas de defunción del INEGI, 1990-2003.

En el nivel Estatal (cuadro 1) se presenta un patrón similar al del nacional. Ahora bien, en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) específicamente en la región occidente, la diabetes mellitus fue la segunda causa de muerte después de las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, seguida por la insuficiencia renal crónica y las complicaciones cardiovasculares de la hipertensión.

Con respecto a la morbilidad, reportada en la consulta externa de las Unidades de Medicina Familiar en Jalisco, el principal motivo de demanda de atención en el último año fue la hipertensión arterial con un total de 20 045 casos, de los cuales 12 594 corresponden a mujeres y 7 451 a hombres. La diabetes mellitus ocupó el cuarto lugar con un total de 12 739 casos (7 403 mujeres y 5 336 hombres), y constituyó por frecuencia el primer lugar de morbilidad de egresos hospitalarios en el adulto mayor con un total de 7 808 casos (Codeis-dir. reg. occte. archivo).

La complejidad social de padecer diabetes o hipertensión

Al mostrar el panorama epidemiológico pretendo llamar la atención sobre la importancia de la incidencia y la prevalencia de la hipertensión y la diabetes mellitus como causas de enfermedad y de muerte en los años recientes. Debido a la magnitud que su emergencia ha alcanzado, las estrategias de intervención para su atención y prevención se han convertido en un verdadero reto para la salud pública. Los servicios institucionales enfrentan un tipo especial de exigencias en la atención de estas enfermedades; una primera diferencia con respecto a lo que acontecía apenas hace unas décadas en que predominaban las enfermedades infectocontagiosas, es su condición crónico-degenerativa, es decir se trata de enfermedades que requieren atención médica continua en el largo plazo. La segunda diferencia es que se trata de enfermedades con una participación hereditaria directa. La tercera, y tal vez la más importante, es que al no ser enfermedades infectocontagiosas, su prevención no puede fundamentarse en la aplicación de vacunas o en el control de vectores, sino que tiene que ver con la transformación de hábitos, cambiar de una vida sedentaria a una dinámica, de formas de comer diferentes y de enfrentar situaciones de estrés de manera adecuada, construyendo conductas positivas frente a la salud.

En México al igual que en otros países existe un incremento de la población adulta mayor que en su gran mayoría ya no es productiva, está pensionada o en proceso de jubilación. Los efectos del envejecimiento de la población se manifiestan aquí, es la etapa de la vida en que pueden aparecer con más frecuencia las patologías que nos interesan, y cuando se presentan sus complicaciones. Tal situación convierte a estas personas en una población altamente demandante de servicios y particularmente de servicios de atención médica. En síntesis, hablando en términos de la economía de la salud, la hipertensión y la diabetes mellitus tipo 2, se han convertido en verdaderos problemas de salud pública, debido a su incidencia, su prevalencia y el costo de su atención, dado que son más difíciles de tratar y representan los gastos más cuantiosos de una unidad de salud.

Pero además de estos factores es conveniente detenerse a mirar otras aristas de este fenómeno. Cuando se quiere comprender cómo transcurre la vida del hipertenso y el diabético, hay que preguntarse qué es lo que sucede ahí, qué cosas son las que están incidiendo en las formas en que se desarrolla la presentación de una enfermedad crónico-degenerativa y su proceso de atención-prevención. Estos hechos aparentemente tan banales, podrían ser útiles para visualizar la complejidad de los procesos que se entrelazan en la cotidianidad de una persona que padece diabetes o hipertensión y las modalidades que transcurren en su tratamiento a largo plazo. De igual forma, pueden conducirnos a la reflexión acerca de los efectos de los procedimientos que son realizados por parte del personal de salud, sobre el comportamiento de los pacientes en la búsqueda de su bienestar y el mejoramiento de su calidad de vida. Las escenas que presento de la historia de vida de Lucía reflejan la complejidad en que se desenvuelven los procesos cotidianos de vivir con una enfermedad crónico-degenerativa. Los elementos biográficos que he querido destacar en el relato están situados en dos escenarios principales: su ámbito familiar y su relación con las unidades de atención del primer nivel del IMSS.

El problema de la diabetes y la hipertensión dentro del campo de la salud se ha abordado desde muy diversas formas. En la literatura médica podemos encontrar una abundante y completa gama de estudios que tratan estas patologías. Desde la perspectiva biomédica, se investigan sus aspectos clínicos, farmacológicos, genéticos, inmunológicos, endocrinológicos, etcétera. Pero también están las investigaciones que tratan sobre los aspectos sociomédicos del problema, en esta temática se inscribe mi propuesta. Estoy planteando investigar la diabetes y la hipertensión no como entidades nosológicas ni tampoco deteniéndome en sus aspectos técnicos biomédicos. Mi trabajo de investigación se centra en los sujetos diabéticos e hipertensos como seres humanos, y, en los actores sociales que desde una unidad de atención médica trabajan día con día para

atenderlos. Es un estudio acerca de sus conductas y de los elementos contextuales que inciden en ellas. La vida de los sujetos que padecen estas enfermedades y de quienes los atienden transcurre en diferentes contextos socioeconómicos y culturales en los cuales se desarrollan acciones frente a esta problemática en condiciones muy diversas. Justamente estas formas de vivir con sus posibilidades y limitantes objetivas y subjetivas marcan su distinción cualitativa en el proceso de salud-enfermedad.

En los padecimientos que nos ocupan, como ya se mencionaba anteriormente, se puede conseguir un buen “control” de la presión arterial o del azúcar en sangre solamente si el tratamiento médico es acompañado de cambios en los hábitos de vida. No basta con seguir fielmente una prescripción médica, los cambios en las conductas cotidianas en particular la alimentación, el ejercicio y el manejo positivo del estrés son imprescindibles. Dicho de otro modo, para incidir sobre los factores de riesgo de las enfermedades y sus complicaciones se requiere no sólo de prescripciones farmacológicas, sino de acciones dirigidas a cambiar o transformar prácticas sociales. Como principales objetivos de la práctica del médico y los servicios de nutrición y trabajo social, se pretendería que los pacientes tuvieran además de una adecuada toma de presión arterial y de niveles normales de glucemia, el sentido del cuidado de sí mismos y de su bienestar con calidad de vida.

Del guión a la toma de la acción

Desde esta consideración existe un consenso (Norma Oficial Mexicana 2000), sobre el desarrollo de actividades que contemplan los aspectos antes mencionados en el diseño de los programas institucionales dirigidos a la atención-prevención de la HTA y la DM2. Sin embargo, los programas institucionales en el transcurso de su ejecución, enfrentan dos problemas esenciales referidos a la viabilidad de su diseño y a la ejecución de sus lineamientos en la práctica. En este proceso coexisten dos elementos mediadores. Por un lado la interpretación que hacen los prestadores de servicios en salud de los programas; y por el otro, la forma en que la gente asimila la información médica para re-significar sus conductas. En este sentido, cuando las estrategias van dirigidas al personal de salud desde un nivel directivo, lo que se espera en un nivel operativo es el desarrollo de acciones que conduzcan al adecuado desempeño del programa. Como consecuencia lógica, lo que interesa es que sus resultados incidan de manera positiva en la gente a la que van dirigidos, en este caso a la incidencia y prevalencia de las enfermedades, así como la prevención de sus complicaciones.

Pero las conductas al realizar una práctica para la salud, ya sea por parte del prestador de servicios o del paciente, difícilmente pueden ser establecidas como una especie de guión cinematográfico. Un programa puede ser adoptado, adaptado, acatado, o retomado parcialmente de manera indiferente por un médico, un trabajador social o un nutricionista en el escenario de una unidad de servicios médicos. Puede ser que el mismo programa adolezca de fallas, de falta de claridad, de metas inalcanzables, de falta de recursos, etc. o que un paciente se distinga por acatar, adoptar, adaptar o bien, permanezca indiferente ante las indicaciones médicas con respecto a su padecimiento. O por el contrario, puede ser que incluso busque mayor información, asesoría, conocimientos, y a partir de su propia iniciativa vaya más allá de las indicaciones o prescripciones que se le hagan.

El reto entonces es poder analizar cuáles son las situaciones particulares de lo que acontece en la cotidianidad del desarrollo de una práctica médica con aparentes lineamientos específicos de atención/prevención y sus consecuencias en el paciente, estudiando los cambios,

permanencias o transformaciones de las acciones que éste realiza en sus prácticas de vida cotidiana.

El proceso de la experiencia en el padecer y el atender

El médico y otros prestadores de servicios de salud establecen una relación continua con los pacientes. El concepto básico de la conducta que guía mi estudio es el proceso de la experiencia. Es decir cómo vive el paciente el proceso del desarrollo de los padecimientos y lo que hace el trabajador de la salud a lo largo de un proceso de atención.

Considero que las acciones y pensamientos de ambos frente a este problema de salud, no se dan en el vacío, sino que tienen un trasfondo a partir del cuál se pueden explicar y comprender sus experiencias, ya que ambos actores participan de una serie de relaciones sociales en los contextos específicos donde se desenvuelven. Así pues, por un lado analizo la dinámica de trabajo del prestador del servicio y las particularidades del mundo institucional con respecto a sus estrategias para dar respuesta a estos padecimientos. Y por el otro, al paciente y su ambiente familiar en el mundo de su vida cotidiana.

De igual forma, y una vez definidos los contextos para el análisis de las conductas de ambos, es necesario centrar sus conceptos y prácticas en aquellos factores primordiales conducentes a la comprensión de su experiencia. Planteo estudiar por una parte, la concepción del significado de enfermedad crónico-degenerativa y su tratamiento. Por otra, las nociones acerca del significado del autocuidado del cuerpo versus la medicalización, así como también, los cambios que se efectúan en su identificación e identidad como personas portadoras de una enfermedad crónico-degenerativa o como personal dedicado a su atención. Finalmente analizaré el cariz que toman los programas de atención con base a los conceptos de prevención y promoción de la salud.

El desafío antropológico para abordar un problema de salud

La particularidad de mi proyecto radica en que pretende analizar y evaluar una experiencia en salud desde un punto de vista antropológico. Es decir, recuperar la visión y la experiencia de los sujetos prestadores del servicio, así como la de los derechohabientes a quienes van dirigidas las acciones; integrando el conocimiento de unos y otros. Este propósito acarrea un desafío con respecto al planteamiento teórico-metodológico que permitirá llevarlo a cabo. Pretendo utilizar aquí los lineamientos de la antropología médica como disciplina científica que aborda la temática de la problemática de la salud, desde una visión integrada al entramado social y al contexto de vida de las personas. La perspectiva antropológica considera que la realidad es múltiple, diversa, diferente, desigual, e interpretada por y para los sujetos que la viven. No es estática sino cambiante, con procesos de transformaciones y permanencias vinculados. Desde esta perspectiva, se prioriza el método cualitativo y la observación participante como herramientas de investigación. Se busca hacer un análisis antropológico de un problema médico, para tender un puente entre lo biológico y lo social.

Es importante subrayar que los sujetos que participaron en la investigación son considerados como personas capaces de establecer un contacto con las políticas implementadas no sólo como objetos pasivos receptores de información y medicamentos, más bien como personas activas capaces de tomar decisiones en torno al ejercicio de acciones y conductas relativas a su propia salud.

Se busca también establecer la vinculación entre la investigación y una Institución de Seguridad Social, para que a partir de los resultados se contribuya a la orientación de las acciones emprendidas para aminorar el problema de salud pública en que se han convertido la HTA y la DM2, con mayor asertividad, calidad y eficiencia que requiere la necesidad de lo previsible. Sin olvidar que en el contexto actual es necesario hacer más eficiente y de mayor calidad la atención a la salud teniendo en cuenta los escasos recursos disponibles, así como buscar soluciones más factibles a los problemas presentados.

El objetivo es desarrollar modelos distintos de abordaje del problema que correspondan a una visión integral del proceso salud-enfermedad-atención-prevención.

Planteamiento del problema.

El tiempo, el espacio, el individuo y los grupos colectivos están vinculados en las múltiples facetas de la vida social. En la dimensión de la salud se puede encontrar una de las expresiones más claras y evidentes de los trueques en esos vínculos. En términos epistemológicos estudiar la salud de las poblaciones ofrece la posibilidad de explicar y comprender procesos sociales en conjunción con procesos ecológicos y biológicos. La distribución socio-espacial del proceso salud-enfermedad y la consecuente problemática alrededor de su atención-prevención y más recientemente su promoción, se han venido transformando a lo largo del tiempo. En la práctica permanente de la atención a la salud he podido observar que los individuos perciben y experimentan estos cambios de manera muy diversa, aunque estén sujetos a factores comunes y similares en su entorno social y ambiental. Considero a la DM2 y a la HTA como padecimientos propios de la era moderna. Esta afirmación se sustenta en dos argumentos centrales: la temporalidad de su incidencia y prevalencia acrecentada en los últimos años y el origen multicausal de su manifestación; ambos relacionados directamente con las características de los estilos de vida actuales.

El interés de hacer un estudio acerca de las formas en que se viven y se atienden estas enfermedades permite visualizar la relación entre dos espacios: el institucional y el de la vida social cotidiana. Ambos vinculados en la relación profesional de la salud/paciente que se desarrolla en la práctica médica de las Unidades de Medicina Familiar del IMSS.

De ahí que el análisis de esta relación implique el estudio de los cambios efectuados en los hábitos de vida cotidiana de las personas diabéticas e hipertensas; así como los experimentados por la Institución, que se manifiestan en las particularidades de sus programas y en las características operativas de sus servicios. Los programas van dirigidos tanto a la atención como a la prevención de las patologías, por lo que no solo están involucrados en ellos los médicos, sino que también intervienen otras áreas de las UMF, como serían la de nutrición, trabajo social y medicina preventiva. Si bien participan todos estos servicios, la interacción que significa el nudo primordial de vinculación entre el paciente con la Institución es la relación médico/paciente en la consulta cotidiana de las UMF.

Este contacto es un proceso de ida y vuelta. De ninguna manera es un flujo en una sola dirección, sino que el médico o trabajador de la salud y el paciente comparten y negocian información, ideas, creencias, valores y conocimientos que permiten la existencia de una interacción con diversas características. En este compartir y negociar es posible que la interacción se centre en las expectativas y puntos de vista del paciente, en las del médico, o en cualesquiera de los otros trabajadores de la salud con los que se relaciona. Considerando que de una u otra forma se establece un juego de relaciones de poder, habrá que observar cuál es el vaivén de la

balanza y hacia dónde se inclina al establecer y definir las posiciones e intereses de cada uno de los sujetos involucrados. De manera más precisa, visualizar las cosas desde esta postura implica la visión de que los sujetos de la investigación están inmersos en un contexto de vida donde han desarrollado sus experiencias a partir de las cuáles actúan. Cada uno lleva un bagaje de concepciones sobre la HTA y la DM2, que definen conforme los presupuestos de sus propios marcos de referencia. Al tener en cuenta que la estructuración de este bagaje de nociones y experiencias se ha ido construyendo por ambos a lo largo del tiempo, en la marcha de sus propias biografías, habrá que pensar entonces en términos relacionales.

Por tanto el problema a investigar es:

Descubrir cuáles son los elementos significativos de la experiencia que se suceden en los contextos de médicos y pacientes bajo los cuales se desenvuelven sus conductas frente al problema de la diabetes y la hipertensión. Por un lado en la Institución de salud y por el otro en la vida cotidiana del paciente. Las formas en que cobran relevancia para delimitar y definir su interacción. Y finalmente qué resulta de ésta.

Interrogantes, objetivos y supuestos de investigación

Preguntas:

- Tomando en consideración el contexto socioeconómico y cultural, ¿cuáles son los elementos que de manera más común inciden en las acciones cotidianas de los médicos que atienden diabéticos e hipertensos?
- En el mismo sentido, ¿cuáles son los elementos de vida cotidiana que influyen sobre las acciones tomadas con respecto a la diabetes y la hipertensión por los pacientes?
- ¿Cómo y de qué manera se establece la interacción entre el prestador del servicio y el derechohabiente con HTA y/o DM2 conforme los lineamientos de programas de intervención en este campo?
- ¿Cuáles son las concepciones acerca de: enfermedad crónico-degenerativa y autocuidado del cuerpo, que están mediando las conductas de los sujetos y se encuentran atrás de las prácticas médicas y sociales de cada uno?

Objetivo general:

Comprender cómo se desarrollan en la cotidianidad de la vida, las conductas de los pacientes y los médicos en el transcurso de vivir con y atender a la hipertensión y diabetes como enfermedades crónico-degenerativas. Revelar los elementos que se destacan como significativos para incidir en el proceso de su avance, ya sea en forma benéfica o perjudicial; tanto en la dinámica de trabajo institucional como en el contexto de vida de los pacientes. Y saber de qué manera se afectan la permanencia, los cambios o las transformaciones de sus conductas frente a estos padecimientos.

Objetivos particulares:

- Identificar cómo se desarrolla en la práctica cotidiana de atención la relación trabajador de la salud/paciente en un proceso continuo y de largo plazo donde se entrelazan las experiencias de ambos, la de padecer y la de dar atención a un problema crónico-degenerativo.
- Conocer cuál es el efecto real de las estrategias de los programas establecidos para la atención y la prevención de la HTA y la DM2 en las UMF del IMSS. Específicamente sobre el diagnóstico oportuno, el control de las enfermedades, sus complicaciones y la promoción de la salud.
- Comprender cómo en el momento de la interacción entre el trabajador de la salud y el paciente se conjugan modelos de conocimientos, valores morales, intereses y expectativas sobre la enfermedad crónico-degenerativa y el autocuidado del cuerpo.
- Visualizar los procesos mediante los cuáles se construyen estas nociones y las formas en que son negociadas en la interacción entre los pacientes y los prestadores de servicios de las UMF del IMSS.

Supuesto de investigación:

La experiencia de vivir con una enfermedad crónico-degenerativa supone cambios importantes en la conducta de las personas que la padecen. Estos cambios están influidos por marcos de conocimiento, creencias, mitos, tradiciones y por los diferentes modos de experimentar y sentir la enfermedad que vista desde un punto de vista antropológico, se transforma en padecimiento. En este proceso los pacientes establecen un contacto de largo plazo con profesionales de la salud que bien pueden tomar el papel de facilitadores para los cambios en las conductas que los pacientes requieren hacer; o pueden influir en un sentido inverso si en el proceso de interacción entre el prestador del servicio y el paciente con diabetes mellitus y/o hipertensión, no son retomados los aspectos socioculturales que existen atrás de los estilos de vida de los derechohabientes: su historia familiar, laboral, posibilidades de atención, ni la concepción sobre sus padecimientos y el autocuidado del cuerpo.

III. DISEÑO DEL ESTUDIO, MARCO REFERENCIAL Y METODOLOGÍA.

Introducción

La percepción de la salud y de lo que constituye a una persona y un pueblo saludables, puede estudiarse a partir de lo que una sociedad establece como políticas de intervención destinadas a responder a la problemática social en este campo específico. De este modo, la respuesta social organizada en servicios de salud dependerá de la concepción del proceso salud-enfermedad que orienta el saber y la práctica médica. En una revisión teórica se puede distinguir que a lo largo de la historia, las concepciones sobre este proceso pueden clasificarse en cuatro grupos (Cantú, Coplamar 1982):

- La concepción mágico-religiosa-empírica.
- La concepción biologicista-positivista.
- La concepción sanitarista.
- Y la biológica-social-histórica.

La concepción mágico religiosa empírica es la que prevalece en el panorama de los primeros siglos de la historia del hombre. En ese entonces la enfermedad era entendida como producto de los miasmas, de los humores y bilis, de los desequilibrios entre el agua, el aire, la tierra y el fuego, o de las alteraciones entre lo frío y lo caliente. Explicaciones que han ido cambiando aunque algunas continúan y otras han sido relegadas por aquellas denominadas como “científicas o técnicas”, privativas de la segunda concepción.

La orientación biologicista-positivista.

Esta concepción reduce el proceso salud-enfermedad a los aspectos biológicos del mismo sin considerar los componentes del contexto socio-histórico de la vida de la humanidad. Se establece como corriente dominante a partir de la segunda mitad del siglo XIX, cuando los trabajos de Erlich, Koch, y Pasteur entre otros, mostraron al mundo la relación directa entre un agente causal y una enfermedad (Piedrola, 1991). Estos virus y bacterias productores de enfermedades además de ser detectados y observados, pueden ser sometidos a procesos experimentales. Se les puede controlar, eliminar e incluso utilizar en forma de vacunas para modificar el curso de la historia natural de las enfermedades. Era la época de auge de la bacteriología y la microbiología.

El desarrollo posterior de otras ramas de la medicina, como la fisiología celular, la anatomía, la bioquímica, la histología, la patología, etc. permiten conocer además de los agentes, al propio cuerpo humano. De manera semejante a lo que sucede con los virus y bacterias el cuerpo humano también es observado y desmadejado hasta sus mínimos componentes. La fragmentación a la que se le somete es posteriormente utilizada para hacer de él una especie de maquinaria (Goffman, 1961) que puede *ser arreglada*, por doctos especialistas en cada uno de sus órganos y sistemas. Se puede tener control sobre todos sus componentes a través de las normas y regulaciones de las distintas instituciones de la sociedad mediante la utilización de la microfísica del bio-poder (Focault, 1992).

Este estilo de práctica médica que se sustenta en la perspectiva del organismo humano separado en órganos, aparatos y sistemas, lo que ofrece es una reparación del daño. Su práctica

médica se desarrolla conjuntando distintas especialidades y subespecialidades que dirigen sus acciones hacia la curación, más que a la prevención, y hacia los individuos, más que hacia las comunidades. Basa su enfoque en la modificación de la conducta individual como elemento preponderante entre otros relativos a la problemática de la salud, tiene su fundamento en la superespecialización del conocimiento y del saber médico. Situación que ha conducido a la medicina a un manejo gremial de especialidades que concentran en ellas el poder de un complejo aparato médico-industrial (Sigerist, 1981). Su complejidad abarca desde el equipamiento de herramientas tan sencillas como un abatelenguas, hasta un equipo de medicina nuclear, sin dejar de lado lo que significa el emporio farmacéutico. El resultado de esta práctica y saber biologicista si bien ha sido útil y necesario en la reparación del daño, ha conducido a una atención impersonal y deshumanizada, donde el afán de lucro puede conducir a formas aberrantes del ejercicio médico.

La orientación sanitarista.

La concepción sanitarista por su parte, fundamenta su intervención en las prácticas de salud a partir de una noción ecológica del proceso salud-enfermedad que considera que en tal proceso se establece una interacción de dos factores: el huésped y el agente, interrelacionados en un medio ambiente y por tanto es importante incorporar en la respuesta social a los problemas de salud, las condiciones de vida de la sociedad. La sociedad desde este enfoque pareciera ser entendida como un objeto inalterable, lo que cambia es el medio ambiente. Los individuos no se modifican en sí mismos sino que participan para cambiar y transformar su ambiente a partir de lo cuál mejoraran sus condiciones de vida y salud.

Según este enfoque son las leyes naturales las que rigen más que las biológicas. Las medidas sanitarias son planteadas como soluciones colectivas sólo a problemas de tipo ambiental. Así, tienen igual importancia los abastecimientos de agua potable, el uso del drenaje, el manejo de excretas, el mejoramiento a la vivienda y la alimentación, que el control de vectores y la aplicación de vacunas para erradicar las enfermedades. Esta visión ha permeado el trabajo de la salud pública y ha rendido sus frutos. Es un hecho que las acciones emprendidas conforme la mirada sanitarista han disminuido la brecha entre la salud, la enfermedad y la muerte, al permitir en gran medida un control efectivo de las enfermedades infecto-contagiosas y transmisibles (Dubos, 1975). Las cuáles se convirtieron en la principal arma en cuestiones de salud en los tiempos en que las epidemias de microbios como el cólera y la tuberculosis por ejemplo, azotaban al mundo. A partir de los preceptos de esta concepción sobre la salud, se le dio fundamento a los cánones internacionales de cooperación y colaboración entre las naciones surgidas después de la segunda guerra mundial.

Para el año de 1946, se formó la Organización Mundial de la Salud (OMS) y con ella la definición sobre salud que ha sido aceptada por todas las naciones que integran este organismo. Así, en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria a la Salud realizada en Alma Ata en 1978 se definió como:

“La salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades... es un derecho fundamental y un objetivo importantísimo en todo el mundo” (OMS/OPS, 1978:23)

Por primera vez se le otorga a la salud el carácter de derecho de todo ser humano. La mayoría de los países dedicaron entonces tiempo y recursos para llevar a cabo la planeación y la ejecución de políticas encaminadas a lograr ése, tan deseado estado de bienestar. Se desarrollaron

la infraestructura sanitaria y la capacitación de personal especializado para poder atender los diferentes requerimientos de las necesidades de salud. Bajo esta óptica se consideraba el desarrollo tanto de clínicas y hospitales, así como también la implementación de programas preventivos para la salud dirigidos a grupos prioritarios que compartían un mismo tipo de riesgos. Es importante destacar entre otros, el programa universal de vacunación que logró erradicar del planeta una enfermedad tan devastadora como la viruela, y prácticamente eliminar a la poliomielitis. A la par de este programa se pusieron en marcha otros más, que atendían a la lógica de la Salud Pública encaminada a la prevención de los problemas de salud.

México avanzando entre la sanidad y la seguridad social

A lo largo de varias décadas éste fue el patrón predominante que se siguió. Durante algún tiempo se desarrollaron en casi todos los países Sistemas de Seguridad Social como instituciones prestadoras de servicios de salud que incluso fueron más allá, al cubrir otros rubros del bienestar social. Para entonces México llevaba un gran avance comparado con muchos países del orbe. Como fruto de la Constitución Mexicana de 1917, destaca la legislación jurídica sobre los derechos laborales, que abarcaba diversos aspectos además del relacionado con la atención a la salud (Fuentes, 1998), se pueden mencionar por ejemplo: el régimen de jubilaciones y pensiones, la cesantía en edad avanzada y muerte; así como también el derecho a guarderías y los créditos hipotecarios para vivienda.

Este conjunto de beneficios sociales para los trabajadores pudieron materializarse a través de los organismos de Seguridad Social que se crearon, como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Servicios y Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), las Instituciones del Sindicato de Petróleos mexicanos (IPEMEX), la Comisión Federal de Electricidad (CFE), y del desaparecido Ferrocarriles Nacionales de México (FERRONALES). Cada una de estas instituciones fue creciendo y consolidándose hasta la década de los setenta, en el marco del desarrollo de la industrialización, el sector manufacturero y el auge petrolero. Desarrollaban sus actividades en salud cobijadas bajo las políticas sociales del denominado Estado Benefactor garante del Bienestar Social, que impulsó una serie de programas dirigidos a mejorar las condiciones de vida de la población.

Sin lugar a dudas el desarrollo de infraestructura sanitaria y la asistencia médica fueron parte de sus logros. Sin embargo, la cobija no alcanzó para todos, aún y con el auge del petróleo. Muchas de las acciones fueron selectivas y promovidas para el beneficio de los trabajadores asalariados de las empresas fundamentales para el desarrollo de la economía del país, particularmente las ubicadas en el sector energético. Importantes áreas de la población quedaron marginadas de las acciones emprendidas para alcanzar los beneficios en salud. Empero, a pesar de la marginación y la selectividad, la tasa de mortalidad general existente en 1940 disminuyó de 26 a 4.7 defunciones por cada mil nacidos vivos en 1993. En correspondencia, el incremento en la esperanza de vida pasó entre 1940 y 1993 de 40.4 a 68.6 años en los hombres y de 42.5 a 73 años en las mujeres. De igual forma, la mortalidad infantil descendió de 60 a 18.8 por cada mil nacidos vivos en el mismo período (kumate en: Warman, 1994: 153-156). Las diferencias en un periodo de 50 años son notables como se puede observar en el cuadro 4:

Cuadro 4. Mortalidad general, esperanza de vida y tasa de crecimiento poblacional. Comparativo, (México, 1950 - 2000).

INDICADOR	1950	1970	1990	2000
Tasa de mortalidad general	16.2	10.1	5.1	4.3
Esperanza de vida al nacer (años)	46.9	60.9	70.8	75.3
Tasa promedio de crecimiento anual	3.03	2.59	2.03	1.8

Notas:

Tasa de Mortalidad General por 1000 habitantes.

Tasa de crecimiento calculada por el modelo exponencial

Fuente: CONAPO-INEGI

La cobertura de las instituciones de seguridad social en salud se amplió y se extendió hacia la población rural, a la par que se desarrolló la Secretaría de Salubridad y Asistencia (hoy Secretaría de Salud). Las acciones de esta Institución están dirigidas a atender a la población abierta (aquella que no goza de un empleo formal y por tanto no es cubierta por la seguridad social), en aras de alcanzar la universalidad en la cobertura de la atención. Eran tiempos en los que la idea de las políticas sociales coincidía con el concepto del bienestar humano como un fin en sí mismo, más que como un medio para el desarrollo social. No obstante los logros alcanzados, la desigualdad en la cobertura y en la calidad de la atención persisten. En los últimos años y con el predominio de las políticas neoliberales se empiezan a sufrir las transformaciones en la vida del país. México comienza a transitar por el largo y constante camino de crisis económicas y políticas, como consecuencia, constantemente se recorta el presupuesto de los programas de bienestar social, entre ellos los de la atención a la salud (Kliskberg, 1993).

De manera significativa, a partir de los años noventa en esta etapa de modernidad y globalización, las políticas sociales han sufrido una serie de cambios que han afectado el campo de la salud. En los ámbitos internacionales y locales de poder se debate el futuro de las políticas sociales en una dicotomía producto de la orientación neoliberal actual. Por un lado se plantea la continuidad y el avance del desarrollo social en forma comunitaria y universal, por otro, se le apuesta a la atención de las posibilidades y capacidades individuales con la idea de promover el desarrollo social a partir de la movilidad individual, y el aprovechamiento individualizado de los recursos regidos por la lógica del mercado (Esping-Andersen, 1990).

En el ámbito de la salud esta última visión está más en concordancia con una concepción biológico-positivista en la que se sustentan los grandes consorcios de atención curativa, médicos, farmacéuticos y de estudios paraclínicos como laboratorios, rayos x, medicina nuclear etc. cuyo interés primordial es hacer de la salud no un derecho, sino una mercancía.

Cambio social, demográfico y demandas de salud

En las sociedades complejas moderno-contemporáneas, caracterizadas por Velho (1994:17) como las sociedades donde existe acentuada división del trabajo, crecimiento urbano acelerado, incremento considerable en la producción y consumo articulados a un mercado mundial y grandes avances científicos y técnicos aplicados sobre todo a la agricultura y a la medicina, se

han sucedido una serie de cambios sociales que moldean de otra forma los modos de vida de los individuos, quienes en la complejidad de las sociedades actuales desarrollan su vida en muy diversos escenarios tanto sociales como ambientales. Los sujetos interactúan cotidianamente con otras personas y su medio ambiente, expuestos a una serie de elementos que pueden ser riesgosos para su salud: la contaminación ambiental, el hacinamiento demográfico, la deficiencia o ausencia de infraestructura sanitaria, las situaciones de peligro en el ambiente laboral, los riesgos de la vialidad, los accidentes en el hogar, la falta de alimento para algunos o el excesivo consumo de alimentos contaminados para otros, el estrés cotidiano, los desastres naturales, la posibilidad de acceder a servicios de salud, entre otros. Este conjunto de factores puede convertirse en determinado momento en una problemática causal de enfermedad o muerte. Habría que reconocer entonces cómo participan de manera procesal como determinantes de la salud dado que están en una interrelación constante, haciendo hincapié en que no existe nunca una relación unicausal en una problemática, sino que siempre será multifactorial: “*como una constelación de componentes que actúan en concierto*” (Rothman, 1987:15).

Un acercamiento a la problemática de la HTA y la DM2 a partir de esta idea me permitió visualizar más claramente el conjunto de elementos que giran en torno a estas enfermedades. Es decir, cómo se interrelacionan los distintos procesos tanto biológicos como sociales y cuál es su relevancia. De tal forma que fue posible analizar no sólo los factores individuales de las personas que las padecen, sino también los aspectos socioculturales que participan en su presentación. Así mismo fue factible visualizar hacia dónde conducen los programas desarrollados por las instituciones de salud para atenderlas.

La orientación biológico-social-histórica

Desde la concepción biológico-social-histórica se propone una vinculación entre las ciencias naturales y las sociales, que permite concebir el proceso salud-enfermedad, como un proceso histórico-social que se manifiesta en sociedades concretas (Vega, 2000). En este enfoque se coloca en un mismo plano al individuo, al ambiente y a la sociedad. Tan relevante es el medio ambiente, como los modos de vida sociales y las características individuales. Esta perspectiva desarrolla una visión crítica del saber médico y de su práctica, cuando son entendidos sólo como un problema biológico³ y plantea ubicar a los procesos de salud en un contexto socioeconómico y cultural.

En este contexto se consideran de similar importancia los aspectos biológicos del individuo, así como aquellos vinculados a la higiene, la tecnología, la infraestructura sanitaria, el desarrollo científico y las condiciones materiales y culturales de vida (Waterman B. y Waitzkin H., 1974), los cuales no se pueden concebir separados, sino que están imbricados y guardan entre

³ Esta concepción tiene sus antecedentes en el siglo XVIII con J. Frank (1745-1821) quien, en seis volúmenes hablaba de una política médica integral donde era primordial la responsabilidad del Estado en la procuración de la salud.

R. Virchow (1819-1908), por su parte, ya planteaba desde entonces que en las epidemias tenían que ver además de los microbios y el ambiente, causas económicas y sociales. Por tanto, las medidas que se efectuaran dirigidas a su control deberían ser tanto médicas como sociales.

Newmann (1819-1908) escribía que la ciencia médica es intrínsecamente una ciencia social y que mientras esto no se reconociera la sociedad no podría asegurar la salud de sus miembros.

En el mismo sentido escribieron Villermé (1782-1863) en Francia, Shattuck (1793-1864) en Estados Unidos de América y Simón (1816-1904) en Inglaterra.

sí múltiples relaciones. En este sentido son trascendentes también, los aportes de Foucault (1966) y Wildauský (1977) y más recientemente Rosen (1984) y Sigerist (*op.cit.*) que hacen un análisis de la evolución de las instituciones médicas y de Salud Pública a la luz de este planteamiento.

A partir de esos conceptos se puede pensar en la actualidad, cuál sería la relación más congruente entre el desarrollo global y las políticas sociales en salud. Para encontrar una respuesta a esta pregunta atendiendo a lo que acontece hoy día, se deben considerar varios elementos. Uno de ellos es el reconocimiento ya establecido aquí anteriormente, acerca de la multicausalidad de las enfermedades y los diversos factores que participan en la presentación de un perfil de morbi-mortalidad. Otro, es el entendido de que estos factores se relacionan de manera procesal. Por lo tanto los procesos de salud-enfermedad y su correspondiente prevención-atención, tienen una presencia temporo-espacial histórica en cada sociedad. De ahí la necesidad de ubicarlos a partir de una visión amplia como fenómenos colectivos. Colectiva es su presentación y social es su respuesta, como diría Foucault:

“...la mirada en su escrutinio, demanda un método complejo de observación, para que el detalle singular de un acontecimiento encuentre su volumen propio en el cruce de las miradas del saber de una conciencia colectiva” (Foucault 1966:55).

Pero, ¿Cuál es la tendencia en México?

Los acontecimientos acaecidos en los últimos años inclinan a pensar que la intervención estatal en salud, corresponde a esa mirada que pretende ubicar los problemas y sus soluciones en una respuesta individualizada, en vez de la respuesta de tipo universal y solidaria, donde difícilmente se contempla el contexto socioeconómico de la persona y los aspectos culturales del proceso salud-enfermedad-atención-prevención. Se desaprovecha la riqueza de la experiencia colectiva y el potencial de la seguridad social. Ésta es la postura a partir de la cuál se propone analizar el caso del IMSS y lo que sucede con sus diabéticos e hipertensos y los trabajadores de la salud que los atienden.

La necesidad de un nuevo enfoque de acercamiento a los problemas de salud

Dado que interesa transitar por caminos que conduzcan hacia la obtención de respuestas, es necesario discernir sobre diferentes enfoques de acercamiento y explicación a las acciones de los individuos y las instituciones de salud. Existe por una parte, una larga tradición de vincular el riesgo de enfermedad en grupos colectivos dependiendo de las posiciones sociales específicas que ocupan (Kosa-Zola, 1975; Laurel, 1976; Khon y White, 1976; Klein, 1980), destacando los aspectos materiales y económicos alrededor de la enfermedad, la muerte, y sus opciones de atención y cuidado. Por otra parte, a partir de las teorías psicosociológicas y de la medicina psicosomática se han desarrollado estudios acerca de los individuos y la respuesta diferencial a las enfermedades y al riesgo de muerte dependiendo de la exposición al estrés ambiental y social, de los recursos disponibles para enfrentarlo, y de la manera en que son empleados por las personas, (Bridges y Sheier, 1995; Berkman, 1996).

O'Neill (1984) por su parte hace una distinción entre un modelo tradicional y un modelo crítico de atención a la salud en conjunción con estos diferentes enfoques de aproximación a la enfermedad y al riesgo. En el modelo tradicional, se hace responsable al individuo de las conductas insanas que ha adoptado y los determinantes principales de la enfermedad serían los factores individuales, biológicos o conductuales. En el modelo crítico, la responsabilidad de

conductas no saludables no sería individual, sino colectiva y social y los determinantes de la enfermedad no serían factores individuales, sino sociales, culturales y económicos. De ahí que las estrategias de intervención propuestas serían diametralmente opuestas: unas dirigidas hacia el individuo y otras dirigidas hacia el medio social y económico.

¿Cómo lograr una integración de ambas dimensiones?

La antropología social se centra para su estudio en los sujetos, tratando de enlazar los aspectos materiales con los aspectos simbólicos y de significación, que integran sus prácticas sociales. Ambos elementos se relacionan y construyen las realidades del mundo de vida, que es diversa y factible de transformar cotidianamente. Partiendo de la observación de los hechos en esas realidades, es posible formular explicaciones teóricas para después volver a la experiencia práctica. Es justamente este punto lo que constituye el carácter distintivo de la antropología: el vínculo entre el sujeto y su vida social. Es decir, permite enlazar elementos estructurales y culturales, cuestiones objetivas y subjetivas así como aspectos generales con vivencias particulares de las personas. Con los recursos metodológicos y conceptuales que esta disciplina científica ha desarrollado se puede dar cuenta de los flujos de vida social y de sus procesos de cambio. Este ir y venir al interior de los fenómenos sociales brinda la posibilidad de mantener en un mismo plano tanto a la teoría, como a la investigación empírica, en una especie de continua oscilación. Hacer un análisis desde este punto de vista cuando se entiende a la realidad como un conjunto de procesos en constante movimiento, supone:

“la posibilidad de entrelazar el ámbito de estudio más frecuente del antropólogo la comunidad, con su entorno, atendiendo a la amplia red de relaciones y procesos sociales que enlazan una con otro” (Luque, 1985:234)

En este sentido desde la perspectiva de la antropología médica (como rama de la antropología social) las situaciones vividas en la dimensión de la salud permiten visualizar la articulación entre las personas y el orden social, económico, político, religioso, moral, jurídico y científico que priva en una sociedad. Por tanto, la forma en que las personas experimentan la enfermedad, la curación, la muerte o el bienestar, nos permite ver los procesos de construcción de relaciones sociales entre el individuo, la colectividad y las instituciones, hasta llegar a la estructura social (Goffman, 1991).

La salud y la antropología médica

En materia de salud los estudios antropológicos en sus inicios, estaban dirigidos a la comprensión o el entendimiento de los rituales curativos y las formas de explicarse la causalidad de las enfermedades (Benedict R., 1923; Evans-Pritchard E., 1937; Kroeber A., 1940). Se puede decir que justamente a partir de los estudios de la antropología cultural estadounidense la antropología médica toma cuerpo. La etnomedicina y la medicina tradicional continúan siendo parte de sus baluartes fundamentales, pero a lo largo de su desarrollo, su objeto de estudio se ha diversificado, con la influencia en particular de los estudios sobre el ambientalismo y la economía política.

En años recientes ha habido creciente interés por integrar en la etnografía y la escritura de la problemática médica una explicación sobre los cambios en los patrones de morbi-mortalidad de las poblaciones, y la respuesta de las sociedades ante ellos. Uno de los enfoques seguidos para el análisis y la discusión de estos temas, es considerar que los cambios en los patrones de enfermedad y muerte, son procesos manifiestos de las condiciones particulares de la vida de las personas que se revelan en su salud, evidenciando que en esas manifestaciones locales de salud,

se encuentran presentes las fuerzas económico-político-culturales más generales que las moldean: Kleinman (1973, 1974, 1978, 1980, 1988) lo llamó la *producción social de la enfermedad*, Mc Kinley (1986) lo refiere como *la construcción cultural de la enfermedad*, y Waitzkin y Waterman (1974) lo denominan como: *la manufactura de la enfermedad*. Estos estudios son un esfuerzo por comprender los temas actuales sobre la salud a la luz de cómo las fuerzas globales influyen las relaciones interpersonales y el comportamiento social. Ubican las formas en que las personas generan significados que atañen a la salud, condicionando la experiencia colectiva. Esta forma de visualizar el proceso salud-enfermedad puede llevar a la conclusión de que es necesario considerar, incluso privilegiar, los modelos de comprensión social más allá de la explicación biológica. Es necesario entender y comprender lo que sucede con las personas a las que van dirigidas nuestras acciones. Mirar al otro reflexionando sobre sus procesos de vida cotidianos, requiere un cambio de perspectiva sobre el estudio y análisis del qué hacer médico cotidiano en la búsqueda del bienestar y de la solución a los problemas de salud.

Metodología y técnicas de investigación

Para entender la problemática mencionada, responder a mis inquietudes y cumplir con los objetivos del trabajo, se llevó a cabo un seguimiento cercano de los sujetos implicados, tanto en su discurso como en sus prácticas cotidianas de vida. Esto fue posible mediante el método de investigación etnográfico, que se utiliza para la obtención de los datos empíricos en la antropología. De esta forma se llegaron a establecer mecanismos de comprensión del problema.

Se partió de los fundamentos teóricos de la antropología médica que propone traspasar el ámbito de la explicación biológica, para observar el despliegue de los procesos relacionados con la salud y la enfermedad en los escenarios sociales, así, es posible investigar la interrelación de los múltiples factores que participan en su conformación y su desarrollo. La antropología médica plantea no perder de vista que la salud y la enfermedad son procesos dinámicos, contextualizados en el tiempo y en el espacio, en cuya manifestación se expresan las condiciones particulares de vida de los sujetos.

A través de esta perspectiva defino la estrategia de acercamiento al problema estudiado.

Diseño del estudio

Este trabajo es un proyecto de investigación cualitativa con un enfoque antropológico. Se plantea como estudio de caso cuyo problema central investigado son las conductas de los profesionales de la salud y los pacientes ante el problema de la hipertensión y la diabetes, analizando los factores contextuales que inciden en ellas, distinguiendo tres ejes de estudio:

- El IMSS como una institución de atención a la salud, con sus programas estratégicos del manejo de estas enfermedades.
- La práctica médica concreta donde se realiza el trabajo institucional y se establece la relación médico/paciente.
- Los derechohabientes hipertensos y diabéticos, que son los sujetos donde puede observarse en sus prácticas cotidianas de vida y salud la influencia del trabajo de atención-prevención institucional.

Categorías de estudio

Las categorías de estudio están referidas a sus tres ejes integradores:

- La formulación de programas institucionales en salud y su impacto.
- El modelo de práctica médica, y la relación médico-paciente.
- La representación social de las enfermedades y su manifestación en hábitos de vida, donde se vinculan los conceptos de enfermedad crónica-degenerativa, vida cotidiana y cuerpo.

Conceptos ordenadores

1. Institución de Salud y acción programática.

Con respecto al primer eje de estudio al que le corresponde la primera categoría de análisis, el concepto de Institución de salud y sus programas específicos sobre la DM2 y la HTA, permite entender el espacio social donde se mueven los actores de la investigación. Es el escenario donde se dibuja el trabajo de los profesionales de la salud en contacto con los pacientes. Aquí se puede apreciar cómo se concibe el modelo general de atención-prevención y la orientación de sus conceptos sobre el proceso salud-enfermedad que guían sus programas y estrategias de acción.

En el desarrollo de la historia del concepto⁴, Lourau (1994) distingue tres momentos de referencia en los cuales el enfoque de Institución y sus componentes definitorios han ido cambiando. En el primero de ellos la Institución aparece como un ente externo a la estructura social, se concibe más bien como un espacio mediador entre ésta y los individuos; en este momento se privilegia su base normativa erigiéndose como un conjunto de normas universales de comportamiento que tienen su base en el derecho. En un segundo momento, el procedimiento referencial hacia la Institución, se ubica en lo que el autor llama el momento de las particularidades, aquí lo que importa son los acontecimientos vividos de manera individual ya que éstos se encarnan como entes normativos más allá del derecho que pueden regular la conducta humana en sus aspectos morales; por lo que se constituyen en instancias que norman y vigilan la conducta humana mediante acciones punitivas y de castigo. En un tercer momento denominado de la singularidad, el marco de referencia es la mediación entre los dos momentos anteriores, se pretende una síntesis de lo universal con lo particular, es importante tanto el significado simbólico de la Institución como ente normativo de la conducta, como el contenido exterior objetivable del comportamiento individual para responder a necesidades de funcionamiento social.

La definición del concepto es a todas luces problemática. Es innegable que las instituciones existen, y su composición, su organización y su instrumentación, ocupan un papel fundamental en el funcionamiento práctico de las sociedades. El mismo autor ha denominado a las acciones que se desarrollan a través de las instituciones específicas a cada sociedad como intervenciones institucionales (Lourau 1994:144). Una intervención institucional, entonces, sería toda aquella acción que en términos prácticos estaría diseñada, regulada, ejecutada y evaluada sistemáticamente por un organismo cuyo objetivo final sería responder a una necesidad humana. Su característica fundamental es que al momento de efectuar esa intervención se establece un vínculo entre el individuo y un grupo social.

⁴ El concepto de Institución se ha trabajado principalmente desde la sociología, a la que se le ha llamado la ciencia de las Instituciones sociales, por hacer de éstas uno de sus principales objetos de estudio. Saint Simon, Comte, Toqueville, Spencer, Hegel, Weber y Durkheim, han desarrollado las concepciones clásicas de Institución.

El vínculo social y sus restricciones es otro de los temas clásicos de la sociología. Cuando se habla de este vínculo, es conveniente hacer referencia al contrato que compromete de un plumazo a las partes que lo signan, en él cada parte tiene determinados compromisos, existiendo acuerdo en que se contraen derechos y obligaciones cuyo cumplimiento dará validez al convenio. De esta manera, una Institución se convierte en una organización instrumental formal con un sistema de actividades deliberadamente coordinadas que tienden a la obtención de fines generales explícitos dirigidos a individuos o a grupos sociales (Goffman, 1961).

En una Institución de Salud las actividades clínicas, la investigación bio-médica y la intervención en acciones sanitarias son los hechos sociales institucionalizados, (Malagón, 1999). Hechos que están sustentados en una serie de normas que tienen un carácter constitucional y que rigen las formas en que se debe atender la problemática en salud. En el caso del IMSS, su organización interna está dividida por niveles de atención. Al primer nivel le corresponden básicamente los aspectos preventivos de la salud, y las prácticas médicas se dirigirán a los problemas que se consideran prioritarios de acuerdo con el dato epidemiológico (IMSS 1995). Al segundo y el tercer nivel le corresponden la atención médica especializada. Como política de intervención institucional la atención en el primer nivel de atención del IMSS, tiene sus fundamentos en la declaración de la OMS en Alma Ata (1978) a la que se hizo referencia anteriormente⁵. En este nivel se deben priorizar los aspectos preventivos y de promoción a la salud. Las grandes líneas de acción y las estrategias programáticas de las acciones estarían encaminadas a la superación de los graves problemas de salud que afecten específicamente a cada población. La elaboración de proyectos y programas de intervención por lo tanto es una responsabilidad constante y continua de las Instituciones de salud.

En lo que respecta a la HTA y la DM2 dentro del IMSS, las pautas establecidas para disminuir su incidencia y prevalencia tratan de responder a las necesidades de control y prevención del problema. Es tarea de este trabajo analizar su desempeño en la práctica concreta, ya que los contenidos de las políticas y programas diseñados en los niveles directivos se topan con la viabilidad de los recursos en los escenarios reales y con la forma en que los actores sociales las ejecutan.

Uno de mis supuestos es que en los momentos actuales la tendencia en el país es limitar la orientación de estas políticas en el sentido del bienestar, para configurarlas dentro de una visión de tipo gerencial de la salud. De hecho en el régimen de Ernesto Zedillo se diseñó y se aprobó un marco jurídico en este sentido (véase las reformas a la Ley del Seguro Social, 1997). De acuerdo con Douglas (1986) las instituciones pueden tomar decisiones de vida o muerte, en particular las instituciones de salud cuando se enfrentan a las disfunciones de la burocracia (Weber, 1978). Hasta ahora las políticas en salud del IMSS han sido más de tipo curativo y asistencial que preventivas; sin embargo, sumadas al mejoramiento de las condiciones generales de vida han contribuido a abatir el perfil general de mortalidad por enfermedades infecciosas. Pero las características de vida en esta época de modernidad y globalidad están abriendo el portal a las enfermedades crónico-degenerativas y sus altos costos de atención, lo que representa un nuevo reto.

La pregunta es, cómo se vislumbra el futuro para las instituciones de salud cuando el patrón de morbi-mortalidad pone en jaque a las políticas de salud que conservan en su interior la misma contradicción entre la prevención y la curación que define y estructura a las políticas

⁵ Lo establecido por la OMS (1978) en Alma Ata es que la atención primaria en salud, es la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familias en el contexto del desarrollo social y económico de cada comunidad.

sanitarias modernas presentes desde la época posindustrial (Leal, 2000), ahora enfrentadas a las enfermedades crónico degenerativas. El tipo de actividades de investigación que se llevaron a cabo en este eje fueron:

- De tipo estadístico para conocer la magnitud del problema, es decir, a cuántos derechohabientes hipertensos y diabéticos atienden las Unidades de Medicina Familiar del IMSS-Jalisco que participan en el estudio.
- Cuál es su distribución geográfica, cuál es el lugar que ocupan estas patologías dentro de la demanda de atención de consulta externa, cuántas personas mueren por las complicaciones de estas patologías y cuál es el costo relacionado con su atención.
- De tipo documental acerca de los programas y su análisis, es decir, cómo se han diseñado, cuál es su orientación, cómo se dan a conocer al personal de salud, cómo se establecen su seguimiento y su evaluación.
- Por último, se realizó una entrevista abierta a dos directivos de la Delegación Estatal Jalisco del área de prestaciones médicas, que fungen como los responsables de vigilar el cumplimiento de las líneas de acción programática en el primer nivel del IMSS.

La información obtenida da idea de la percepción que se tiene del problema y de la concepción de soluciones expresadas en sus políticas y programas: la estructura organizativa, los aspectos cognitivos y las formas de funcionamiento de los lineamientos establecidos en torno a la prevención y la atención de la diabetes mellitus, la hipertensión arterial y sus complicaciones.

2. Práctica médica y la relación médico-paciente

En el segundo eje de estudio los conceptos ordenadores son la práctica médica y la relación médico paciente. Con respecto a la práctica médica se puede decir, en primera instancia, que es la objetivación del conocimiento especializado sobre lo que acontece en el cuerpo de una persona o de varias personas; en este caso en una Institución de salud que marca las pautas de su desempeño. El cuerpo es entendido aquí como una unidad orgánica, física y emocional, (concepto que se detalla en el siguiente eje) del que interesan para este estudio no sólo los aspectos de alteración física sino también los trastornos subjetivos que el sujeto experimenta. Los primeros se manifiestan en el individuo como signos que pueden ser observados, detectados y comprobados mediante la vista y el tacto. Los segundos son los síntomas que el médico percibe a partir de lo que el paciente refiere sentir como las molestias o dolores, los cuáles se conocen por medio del interrogatorio al paciente para definirlos en conjunto con él (Suros, 1953).

El ejercicio de la medicina se finca en una teoría sobre el proceso salud-enfermedad (OMS 1978) según la cuál, el acto médico implica una relación directa con individuos humanos. Así pues, su objeto de estudio e intervención son personas y poblaciones. Clínicamente la enfermedad sería expresada en un modelo biológico como alteración, lesión o patología que afecta algunas estructuras y funciones del cuerpo humano. Dicha alteración tiene orígenes multicausales y da lugar a manifestaciones clínicas llamadas signos y síntomas, y para evitar que ésta conduzca a la muerte o a graves complicaciones en el individuo se requiere una intervención médica concreta (Jinich, 1997). En la práctica médica se lleva a cabo un proceso de interacción entre un (os) individuo (s) que padece (n) una enfermedad, con un médico (s) o con otros prestadores de servicios en salud. Representa en sí misma un pequeño proceso de investigación cada vez que se realiza, lo que implica la puesta en práctica de conocimientos y habilidades para

llegar a un diagnóstico y a la elección de un tratamiento. Al sustentar esta práctica desde un modelo biológico-lesional, la interpretación de los datos obtenidos en la interacción conduce a establecer un diagnóstico de tipo nosológico. Es decir para clasificar la lesión, se agrupa en una definición descriptiva y explicativa aquello experimentado por el paciente; se integra en una patología o enfermedad los síntomas y signos del paciente y finalmente se llega a un diagnóstico, desechando todo lo que no corresponda con la clasificación teórica de la enfermedad o daño a la salud; esta clasificación se basa en los cánones socialmente elaborados y establecidos por el gremio de la medicina. Los esquemas de conocimiento se elaboran y se aprenden en el transcurso de la formación del trabajador de la salud. Una vez que se define la enfermedad se procede a “prescribir” el tratamiento idóneo, pero este tratamiento ideal, en la práctica, se topará con lo que realmente es factible hacer de acuerdo con las condiciones de vida de cada paciente.

Otra perspectiva del ejercicio de la práctica médica es aquella según la cual puede desarrollarse a partir del concepto del padecer médico (Good, 1997). El padecer está constituido por lo que inquieta, molesta, hace sufrir, por lo que hace pensar que no se está bien de salud, es decir, lo que se siente y se cree, se experimenta y reflexiona. La persona vincula el bagaje de información que posee con lo que está sintiendo, e intuye “tener algo” o sabe con mayor precisión qué es lo que le sucede y piensa que el médico o el personal de atención a la salud pueden ayudarle. Desde esta perspectiva el síntoma no sería lo que el médico interpreta que encuadra en un diagnóstico sino lo que el paciente interpreta de su propio sentir (Hellman, 1990).

A qué le teme, qué tolera, qué acepta, qué rechaza, qué piensa acerca de su malestar o enfermedad que puede ser tan simple como una gripe o tan invalidante como una fractura abierta. También puede existir un padecimiento sin enfermedad nosológica física, cuando su causa o etiología yace en la esfera afectiva o psíquica de la persona. El padecer incluso trasciende los límites y las fronteras del cuerpo individual hacia la familia e incluso la sociedad, no es algo que vive solamente el paciente. Cuando una persona sufre algún daño a la salud, la ansiedad, el miedo, la tristeza, la afectación económica, son las maneras en que la familia vive el padecer de alguno de sus miembros.

En este sentido, aunado a un modelo biológico-lesional de una enfermedad está el modelo antropológico y filosófico del padecer. La antropología médica ha tenido su propia forma de desarrollarse haciendo justamente de este punto su principal aportación y reclamo en el campo de la salud. El cruce cultural vinculado con las condiciones económicas y políticas de los estudios en salud desde esta perspectiva, ha permitido delinear de otra manera la práctica médica y en ocasiones el trabajo de las instituciones dedicadas al cuidado de la salud (Kleinman, 1973; Bernstein, 1976; Caplan, 1981; Waitzkin, 2000). En lo concreto de la relación médico-paciente el comportamiento del médico tiene consecuencias directas sobre el intercambio de información y la toma de decisiones en torno al qué hacer en el proceso de tratamiento. Es decir, a la conformación de pautas factibles de llevar a cabo para un adecuado manejo del problema por parte del paciente.

En este proceso de comunicación que implica la relación médico/paciente desde un punto de vista antropológico, Pendlethron (1983) menciona que no se trata solamente de un proceso en una dirección, sino que a partir de un modelo comprensivo de la interacción, el médico y el paciente pueden compartir información, ideas, creencias, valores y conocimientos. Dicho en otras palabras se puede lograr la existencia de un diálogo en el que se discute y analiza el problema en cuestión. El intercambio de conocimientos y puntos de vista en la relación puede conducir a una resignificación de conceptos y a una posibilidad de transformación en prácticas sociales. Esto es posible cuando, sin lugar a dudas, se entiende que finalmente es el paciente quien tiene la capacidad de decidir sobre su propio cuerpo.

Este enfoque es opuesto a aquel modelo de relación donde el médico habla y el paciente escucha, el médico analiza y decide qué le pasa al paciente, cuál es la causa de su problema y qué debe hacer para aliviarlo, aquí el proceso de comunicación será ininteligible o incomprensivo; en el mejor de los casos el paciente tratará de obedecer o acatar las indicaciones médicas, impuestas como un conjunto de reglas o normas que deberá seguir. De tal forma que no se establece una discusión compartida del problema y por tanto la relación se traduce en la poca o nula influencia sobre el padecimiento del paciente.

Sobre este punto, para analizar lo que sucede en la relación médico/paciente, se han desarrollado varias propuestas, a saber: Bales (1960) propuso codificar el contenido afectivo de los actores participantes a partir de las conductas verbales. De manera similar, Roter (1977) examina los intercambios socio-emocionales y verbales en el desempeño de la interacción. Ambos autores proponen valorar a partir de un enfoque lingüístico, el grado de empatía y la eliminación de los “ruidos” posibles que limitan el proceso de comunicación. Innui y Carter (1985) proponen un enfoque holístico consistente en el análisis de unidades relevantes de la conducta del médico y el paciente, más que en la observación de la expresión de códigos en el lenguaje. Su propuesta incluye observar el contenido de la charla inicial, los conocimientos mutuos sobre salud y las formas en que se establece la interacción. Analizar el interrogatorio o la anamnesis, es decir, lo que el médico pregunta en torno al padecimiento, la retroalimentación del paciente, la planificación del tratamiento, los efectos del tratamiento, la información sobre la familia, los servicios preventivos, la promoción de la salud, la dieta, el uso del tabaco, la dependencia de drogas y el uso del alcohol. Elementos todos de interés para elaborar una guía de observación.

Por su parte, Tate (1983) propone centrar el análisis en el desenvolvimiento de las relaciones de poder sobre todo en la consulta médica. Se pregunta si la relación está centrada en el punto de vista y las expectativas del paciente o por el contrario está centrada en el médico. Se llega al punto del manejo del poder en los momentos de la interacción. Gerhardt (1966) plantea que en toda interacción humana es necesario visualizar el contexto social y cultural particular de los participantes. Y que las normas de relación, los espacios y los roles de competencia se construyen y forman parte de formas sociales de ver el mundo, conocerlo y vivirlo. Presenta un modelo que se basa en que en la relación médico/paciente estas formas de ver el mundo son siempre negociadas. Así, el estatus del enfermo termina siendo un producto de la negociación entre el médico y el paciente durante los encuentros de ambos actores que construyen la enfermedad o el padecimiento como una realidad simbólica compartida. A partir de ahí la acción sobre situaciones estará guiada por los propósitos que ellos consideren correctos y ventajosos. En las acciones se conjuga lo que el médico opina de la situación con lo que el paciente percibe, analiza y decide para elaborar sus estrategias y conductas.

Sahlins (1976) hace una crítica interesante a lo que ha llamado la teoría utilitarista de la cultura. En el paradigma médico tal situación puede prevalecer cuando se reproduce el entendimiento convencional de la separación entre la cultura médica popular y el conocimiento científico. En las creencias y prácticas relacionadas con la enfermedad, la creencia popular se ubica como una proposición falsa yuxtapuesta al conocimiento médico, donde lo lógico, es corregir la creencia errónea como un factor prioritario para obtener lo que se busca. Así pues, la cultura en salud es vista como creencias con dos características: la primera es que se evalúa por su proximidad al conocimiento médico “correcto” acerca de la enfermedad y la efectividad de la terapia y el comportamiento particular. Y la segunda es que la riqueza del significado asociado con el padecimiento en la cultura local es reducida a un conjunto de proposiciones sostenidas por actores individuales sin mayor trascendencia.

De esto se desprende que desde el punto de vista del sistema biomédico se enfatiza la primacía de lo racional-analítico en la relación médico/paciente. En contraparte, la perspectiva antropológica consideraría que ambos aspectos están en un mismo nivel y como tales son tratados en esta investigación.

En el trabajo de campo de este eje los sujetos que participaron fueron divididos en dos grupos:

- El personal operativo: médicos familiares de consulta externa, trabajadores sociales y nutricionistas.
- El personal directivo: cuerpo de gobierno integrado por el Director de las UMF y jefes de consulta.

Actividades de trabajo de campo:

- Aquí fue donde se inició la observación participante en diferentes niveles, en los consultorios, en el área de trabajo social, en nutrición y en medicina preventiva. El seguimiento se efectuó sobre la guía de observación acerca de la práctica médica y la relación médico/paciente propuesta por Innui y Carter (op.cit.) En el momento de establecer el contacto individual (consulta, orientación nutricional, sesiones con la trabajadora social, actividades de medicina preventiva), o grupal (sesiones de enseñanza y capacitación, funcionamiento de grupos de autoayuda), se observó tanto al trabajador de la salud como al paciente.
- La observación participante en las UMF, consideró también el tipo de relación que se establece entre el cuerpo de gobierno y el personal operativo. Aquí fue posible ubicar dónde están los conflictos, cómo se dirimen y que consecuencias tienen sobre la ejecución de la práctica médica.
- Se realizaron entrevistas a profundidad con dos médicos de cada unidad. El objetivo de este estudio a profundidad fue conocer la experiencia de su práctica médica a lo largo del tiempo. Por lo que los actores participantes debían tener más de 5 años de antigüedad laboral. Se exploró acerca de cómo conciben al paciente crónico-degenerativo, cuáles son sus percepciones acerca de los padecimientos, cuáles serían los principales problemas en torno a su atención y prevención y cuáles los mecanismos más adecuados para su abordaje.
- Con respecto al personal directivo, se realizaron entrevistas abiertas para conocer cómo conciben el funcionamiento de los programas, cómo se dan a conocer al personal operativo, cómo se los dan a conocer a ellos mismos, que tanto participan en su diseño, cómo los evalúan y qué conclusiones obtienen de ello (anexo 1 guía de entrevista).

3. Enfermedad crónico degenerativa y vida cotidiana

Con respecto a este punto debo asentar que es en la vida cotidiana donde el hipertenso y el diabético se dan cabal cuenta de lo que es padecer una enfermedad crónico-degenerativa. Si pudiera tener una cámara de video y mostrar los rostros de la gente cuando se le informa sobre su diagnóstico... esa mezcla de asombro, tristeza, deseos de soltar el llanto, enojo, o incredulidad y rechazo; esas caras por sí solas serían una primera motivación para estudiar los padecimientos.

¿Que significa para los pacientes saber que en adelante vivirán con DM2 e HTA?

Como mencionaba anteriormente, cuando se padecer algún problema de salud, éste se manifiesta en forma de signos y síntomas que la persona percibe y alteran su situación de "normalidad", de modo que la alertan y la hacen darse cuenta de que algo pasa en su cuerpo. Sin embargo, en el

caso de la HTA y la DM2 esta situación no es tan evidente en todos los casos. La mayoría de los pacientes inicia con síntomas vagos e incluso en ocasiones refieren no sentir nada, o han integrado sus síntomas subjetivos a su patrón de normalidad, dado que por lo regular son tolerables y no interfieren con el desempeño de sus actividades cotidianas sino hasta que la enfermedad ya ha avanzado. De ahí su incredulidad cuando se les informa el resultado de un análisis de azúcar en sangre o de una medición de la presión arterial, que confirma una clasificación de esta naturaleza. Particularmente a la HTA se le ha denominado como el asesino silencioso, porque puede llevar a la muerte sin que el individuo perciba síntoma alguno. Como ya lo decía, puede haber síntomas sin enfermedad y enfermedad sin síntomas.

Los síntomas vagos, tolerables o ausentes, provocan que un diabético o un hipertenso no se reconozcan como tal. Cuando así sucede se inicia entonces un proceso de reflexión y de observación de lo que sucede en el cuerpo: la necesidad de explicación a los cambios experimentados conduce a la persona a una especie de flujo de ires y venires entre el padecer la búsqueda de atención. La experiencia va de la mano con el conocimiento especializado sobre estos padecimientos. El proceso de aceptación de la enfermedad lleva tiempo y se construye a partir de lo que la persona siente y conoce sobre lo que le está aconteciendo. Un segundo paso es asumir que cuando se padece una enfermedad crónico-degenerativa, tal situación, implica cambios en la vida cotidiana.

¿Qué tanto esta situación, este tener “algo”, transforma la normalidad de las relaciones sociales y del proyecto de vida de un individuo?

¿Qué tanto las actividades médicas emergen como el paradigma alrededor del cuál construye ahora su cotidianidad?

¿Qué significa su constante andar por las clínicas, los hospitales, los laboratorios, los módulos de nutrición y el uso de medicamentos de por vida?

Shutz (1973), distingue el mundo de vida cotidiana de otras formas de realidad social como el arte, la ciencia, la religión, las fantasías y los sueños. Señala que en cada una de estas dimensiones existen modos distintos de organizar la experiencia y de actuar. Las define como subuniversos constituidos como espacios delimitados de determinado sentido en diferentes esferas o áreas de la vida social. Para este autor, en el mundo de vida cotidiano se desarrollan nuestras actividades y proyectos dirigidos más por el sentido común que por conocimientos teóricos o por la imaginación. En mi opinión, estos tres elementos se entrelazan para delinear lo que constituye la conformación de la vida cotidiana al observar que los diabéticos e hipertensos nutren sus pensamientos y acciones a partir de una bagaje de información obtenido de muy diversas fuentes.

En esta época de modernidad los medios de comunicación, particularmente la televisión, tienen influencia masiva, y los temas acerca de la salud ocupan buena parte de la programación ofrecida a los televidentes todos los días. Y no se diga la gran cantidad de información especializada y superespecializada disponible ahora vía la red de Internet. Así pues, en el proceso de aceptación de un padecimiento crónico, el paciente va y viene entre la información recibida, lo que experimenta en su propio cuerpo y sus propias reflexiones y conclusiones. Heller (1985) desarrolló toda una teoría de la vida cotidiana cuando comenzó a llevar un registro de los acontecimientos diarios de su vida y se preguntaba si lo que ocurría podría ser de otra manera. Pensaba que la vida cotidiana es el reflejo de la sociedad en la vida particular de las personas, es la articulación de procesos sociales amplios y particulares que se manifiestan en representaciones vividas a partir de la interiorización de un sistema de producción y distribución de principios morales, religiosos, políticos, económicos, el arte, la ciencia, etcétera.

El acercamiento a la vida cotidiana permite entonces visualizar cómo surgen y se desarrollan los problemas sociales de una manera más concreta. Así mismo lleva a comprender cómo es que se identifica, se aprende y se interioriza el conocimiento de una realidad que se construye socialmente (Berger y Luckman, 1986) para ir edificando rutinas y hábitos corporales (Giddens, 1995) que conforman un estilo de vida social. Estilos o formas de vivir donde la imaginación en un mundo moderno y globalizado se nutre a partir de lo que captan los sentidos estimulados constantemente de muy diversas formas (Appadurai 1996). Un acercamiento a la cotidianidad de los hipertensos y diabéticos permitió analizar los procesos a través de los cuáles se transforma y se construye una nueva subjetividad alrededor de la vivencia de una enfermedad crónico-degenerativa y hasta qué punto ésta puede cambiar prácticas de vida social.

4. Identidad, cuerpo y autocuidado del cuerpo al padecer hipertensión y diabetes.

Entender el cuerpo vivido con una enfermedad crónico-degenerativa es parte de las particularidades de la era moderna para algunas personas. Estas enfermedades contemporáneas nos hacen cuestionarnos de qué manera puede explicarse la vivencia del cuerpo, cuando se padece una enfermedad crónica en el vaivén del proceso salud-enfermedad. Tener una enfermedad de por vida, puede significar un proceso de transformación de la identidad.

En la literatura antropológica el concepto del cuerpo se ha tratado de muy diversas formas. Douglas (1970) ha sido una de las pioneras en desarrollar una teoría sobre el cuerpo proponiendo que existe un cuerpo social y un cuerpo individual separados pero que en ocasiones se entremezclan. Para ella, el cuerpo social moldea la forma en que el cuerpo físico individual es percibido, cada cultura hace su propia selección de significados sobre el cuerpo, a partir de cómo se estructura la sociedad. La autora entiende a los cuerpos individuales separados de las estructuras sociales manteniendo una relación tensa entre ellos. Goffman (1980) por su parte, desarrolla una teoría del sí, a partir del lenguaje corporal y su presentación simbólica en la vida cotidiana. Más que hacer un análisis sobre la percepción y la construcción de una concepción corporal, nos brinda una aportación interesante acerca de la constitución de la identidad y la alteridad, mostrando las distintas maneras en que una persona puede actuar según los escenarios en que se relacione. Más recientemente, Giddens habla del cuerpo como:

“un objeto en el que todos tenemos el privilegio o la fatalidad de habitar, la fuente de sensaciones de bienestar y placer, pero también la sede de enfermedades y tensiones, el cuerpo no es sólo una entidad física que poseemos, es un sistema de acción, un modo de práctica y su especial implicación en las interacciones de la vida cotidiana, es parte esencial del mantenimiento de un sentido coherente de la identidad del yo”. (1995:145)

En este orden de ideas, en el cuerpo se puede observar la síntesis de diversos elementos donde se vinculan las características particulares de cada individuo, incluidas las biológicas y genéticas, con las generalidades y especificidades de cada sociedad. Desde mi punto de vista, lo genético y lo social, así como lo general y lo específico, no están separados sino que se conjuntan en la forma en que se expresa la corporeidad. Es en esa síntesis individual y social donde se manifiesta la propia identidad, la manera de entender a los otros y la vinculación con instituciones sociales y el ambiente donde se vive. El cuerpo es una permanente delimitación de ideas y acciones, de fronteras, de espacios y tiempos, a la vez que una posibilidad constante de cambio y transformación. En él se integran y desintegran pautas de entendimiento y concepciones del mundo y de la vida cotidiana: se actúa con el cuerpo en ella. G. H. Mead (1971) se refiere al proceso de la construcción del yo, vinculando habilidades o capacidades biológicas de los sujetos que pueden potenciarse solamente en el transcurso de la interacción social. Es decir, que una

persona sólo puede llegar a conformarse a sí misma de manera consciente, en una relación social y de grupo. La diferencia entre personalidad e identidad es que en ésta última, los atributos personales de un sujeto como su carácter y temperamento, son moldeados en el contacto continuo con los otros.

La identidad emerge como un proceso de autopercepción, autodefinición y autodelimitación cuando se está en contacto con el áter. El sujeto observador externo ejerce la función de esa imagen en espejo donde se buscan y se encuentran las diferencias, las discrepancias, las incongruencias. Pero también las unidades, las semejanzas, las congruencias. Ése es el carácter paradójico de la identidad, permite unir a la vez que diferenciar. De manera acertada Mead concibe el vínculo entre los caracteres biológicos y las características sociales. En los procesos de conformación de identidades, el fenotipo, la ubicación geográfica, la posición socioeconómica, las características culturales, la pertenencia a grupos étnicos o raciales son jerarquizados, seleccionados y codificados en grupo. El objetivo es hacer definiciones para marcar de manera simbólica fronteras para interactuar con otros actores sociales (Barth, 1976). La identidad supone por definición:

“El punto de vista subjetivo de los actores sociales acerca de su unidad y sus fronteras simbólicas; respecto a su relativa persistencia en el tiempo; así como en torno de su ubicación en el mundo, es decir en el espacio social”. (Giménez G., 1993:24)

Algunos autores como Berger y Luckman (op. cit.) hablan de la identidad como un atributo personal de un sujeto individual. Mientras que Melucci (1982, 1996), Touraine (1992), Hosbawn (1996) y Giménez (1993, 1995) consideran fundamental hablar de identidad colectiva, como ese sistema de relaciones y representaciones propio de un grupo, colectividad o comunidad. Desde mi punto de vista una discusión que polarice ambos enfoques sería inútil y no conduciría a ninguna parte, ya que la identidad expresa el vínculo entre el individuo y su mundo social. Se manifiesta en forma individual, pero también colectiva. Por lo que, en concordancia con Giménez (op. cit.) pienso que lo que hay que reconocer es el carácter pluridimensional de la identidad; es decir, que no es única ni total, y tiene la propiedad de cambiar o transformarse en una relación dialéctica individuo/sociedad. Es un concepto vinculante que permite ver los problemas, las lógicas y las estrategias que caracterizan la acción de los sujetos en las sociedades complejas (Schiolla L., 1983). Los procesos conformadores de identidad son una mezcla de negociaciones, expectativas, interrogantes, necesidades e intereses que son relativos a contextos de uso (Díaz Cruz, 1993). La identidad es una resultante de momentos vividos en diferentes círculos de pertenencia en los que el individuo actualiza las diferentes dimensiones de su identidad, acorde y apropiada al contexto en cuestión, destacando alguna de las múltiples dimensiones que la conforman; por lo que, entonces, habría que hablar de experiencias de identidad (ibid.).

Es por ello que ha partir de estas experiencias se está modelando continuamente la vida corporal y conformando estilos de vida. Pero dada la amplitud de conocimientos y de información disponible en la actualidad, estos regímenes siempre están sujetos a otra característica de la modernidad: la reflexividad. Un argumento fundamental que propone Giddens (op. cit.) es que en la época de la modernidad se conforman ciertos regímenes a los que está sujeto el cuerpo que afectan directamente la identidad, de tal forma, que la vida moderna se centra en lo que atinadamente llama: *el cultivo, casi podría decirse, la creación del cuerpo* (Giddens, 1991:128). Entender esta creación, es decir, el cuerpo vivido en la era moderna en el caso específico de los diabéticos e hipertensos, implica dar cuenta de cómo se concibe la enfermedad. Qué estrategias se desarrollan para vivir con ella y también cómo se conciben y son vividas sus complicaciones y de qué manera redundan en prácticas de prevención y autocuidado

del cuerpo. Durante el desarrollo del trabajo de campo fue factible vislumbrar que con relación a una enfermedad crónico-degenerativa existe una notable diferencia entre la identificación de tener una enfermedad y la de concebirse como ser diabético o hipertenso.

Una de las características de los riesgos en la sociedad actual, cómo lo señala Beck (1998), es su invisibilidad. Situación sumamente palpable en el caso de la HTA y la DM2, donde se vive con los riesgos como parte del desarrollo de la vida cotidiana, sin una clara conciencia de ellos, porque no son evidentes. Se piensa en ellos hasta que se presenta el daño en el propio cuerpo o en el de algún familiar, amigo o conocido cercano. Douglas y Wildavsky (1983) hacen un señalamiento en el sentido de que el riesgo es una construcción colectiva y de que su percepción es un proceso social donde se mezclan el conocimiento y el consentimiento de su existencia. En este proceso se despliegan dos sentimientos mediante los cuales se percibe socialmente el riesgo, la confianza y el miedo. Los dos polos marcan una ruta a través de la cuál se mueven el conocimiento y el consentimiento guiando la elaboración de juicios basados en la información, las ideas y las creencias sobre cuáles peligros son más o menos temidos, y cuáles situaciones implican un riesgo mayor o menor, para dirigir en ese sentido el comportamiento humano.

Esta concepción toma en cuenta el conjunto de valores, creencias y conocimientos que le dan sentido a las posiciones que la gente adopta frente a lo que considera un riesgo. Sin embargo, desde esta perspectiva, pareciera que la sociedad funciona por consensos y que, de acuerdo con patrones culturales, se construyen formas similares de percibir los riesgos y comportarse en correspondencia. Pero no todos los riesgos se perciben de igual forma por los grupos humanos. En el imaginario colectivo, cuando se comparten situaciones peligrosas, sobre todo aquellas que tienen que ver con desastres naturales, los riesgos y las situaciones peligrosas son vividos de manera muy diversa por los sujetos. Las conductas generadas pueden tener elementos en común, a la vez que pueden ser distintas, tal sería el caso de la presencia de enfermedades como la HTA y la DM2, sobre todo por el carácter cualitativo de su cronicidad. Entonces, discurrir cómo podría explorarse este punto en la investigación se aproxima más a la idea de entender que existen diferencias en los individuos en cuanto a sus condiciones materiales de vida, su nivel educativo, sus preferencias al alimentarse, sus creencias sobre el tratamiento, etc. es decir, su experiencia particular, que los conducen a vivir de manera diferenciada las implicaciones del padecer una enfermedad crónico-degenerativa.

Para Giddens (1995) la vida moderna crea problemas personales aparentemente arbitrarios, porque la modernidad genera formas diferenciadas de vivir. La vida cotidiana moderna se transforma a través de una re-organización y re-integración del tiempo y del espacio, lo que permite una conjunción de ideas distintas de muchos individuos a la vez en diferentes lugares. En la era moderna la vida humana se despliega entre la confianza y la inseguridad, entre el riesgo y el peligro en combinaciones diversas y hasta cierto punto graduadas. El riesgo se convierte en un elemento central de la cotidianidad y la persona tiene la capacidad reflexiva de actuar de diferentes maneras frente a él en las situaciones que se le presentan.

Las actividades en este eje se realizaron en tres fases:

- En la primera se hizo un estudio epidemiológico a partir del cuál se conoció la población de hipertensos y diabéticos en cada UMF de análisis con base en la prevalencia de casos en población adulta.

Se realizó un estudio por consultorio para conocer la población demandante de atención para cada padecimiento. De esta población total se calculó en una curva de distribución asimétrica, una muestra representativa de diabéticos e hipertensos de cada UMF. El objetivo del diseño

de esta muestra se hizo con la finalidad de conocer el perfil sociodemográfico de los pacientes en estudio y su opinión acerca de la atención que reciben en las UMF. Para ello se aplicó una entrevista interactiva, con una guía flexible según el curso del diálogo establecido.

- En una segunda fase se aplicó una entrevista de listas libres a la muestra para conocer el modelo explicativo de las enfermedades (Kleinman, 1973, 1984). Las preguntas giraron en torno a las concepciones acerca de las causas, los síntomas, el tratamiento y las complicaciones de las patologías. Los datos obtenidos se sistematizaron en un programa de análisis cualitativo asistido por computadora: el Anthropac. Teniendo como base la antropología cognitiva, la finalidad fue encontrar la estructura básica de un modelo semántico de consenso cultural de ambas enfermedades por lo que se procesaron las respuestas tanto de los pacientes como de los médicos para luego hacer un análisis comparativo entre ambos. Así, se encontraron las diferencias o similitudes de un modelo cognitivo desarrollado a lo largo de la experiencia de ser diabéticos o hipertensos y de participar en su atención.
- En una tercera y última fase se eligieron además dos familias y dos médicos de cada UMF para realizar trabajo a profundidad sobre los conceptos, dentro y fuera del marco institucional, al trasladarme también al ámbito familiar. Las técnicas empleadas fueron: historias de vida, donde se resaltaron las acciones cotidianas sobre la atención-prevención de enfermedades crónico-degenerativas; y la observación participante de las relaciones intrafamiliares para definir los elementos de contexto que conducen a la resignificación, cambio y transformación de nociones y de prácticas cotidianas en los hábitos de vida.

Normas éticas para la investigación con sujetos humanos.

La participación del investigador y de los actores sociales en estudio estará apegada a la normatividad para la investigación en sujetos humanos establecida en la Ley General de Salud

- ✚ Respeto en todo momento de los principios éticos universales.
- ✚ Autonomía en la decisión de participar, donde se incluye y garantiza el anonimato.
- ✚ Justicia en el manejo de procedimientos, oportunidades y ventajas.
- ✚ Beneficiencia y no maleficiencia en los aspectos bio-psico-sociales de la intervención, lo que incluye profundo respeto a la integridad cultural y humana de los participantes.
- ✚ Lo anterior se cristaliza en el consentimiento informado solicitado a los participantes.

IV. EL IMSS, UNA INSTITUCIÓN DE ATENCIÓN A LA SALUD EN UN CONTEXTO DE MODERNIDAD Y GLOBALIDAD

Introducción.

Si en los tiempos de Calderón de la Barca la vida es sueño, en la era moderna la vida es un caleidoscopio de sueños. Mirar a través de su lente es imaginar formas y coloridos, hacerlos y deshacerlos en instantes. Es una invitación a maravillarse de las cosas relativamente separadas a la vez que unidas en el espacio y el tiempo. No podemos vivir en la época actual alejados de la visión global complementada con la visión local. Las formas de ser se configuran entre la pertenencia a un mundo interconectado globalmente y la vivencia cercana del yo y los otros integrados a una familia, una comunidad, el estado, la nación y el mundo. Son espacios interconectados como también lo son la enfermedad y la muerte con su contraparte la salud.

Los cambios en el panorama epidemiológico de un país se consideran parte de los indicadores básicos para evaluar el avance que una sociedad ha alcanzado en la búsqueda del bienestar humano a partir de su desarrollo socioeconómico y cultural. México presenta un patrón disímulo, como se mostró en el capítulo anterior. Diversos autores han creado modelos explicativos del comportamiento epidemiológico y sus cambios, entre ellos Frederiksen (1969), Omran (1971), Olshansky (1986), Frenk y cols. (1989). De alguna u otra manera estos autores plantean que los cambios suceden como transiciones evolutivas del patrón de enfermedad y muerte de las poblaciones, dado que seguirían un patrón semejante en su desarrollo como si fueran caminando desde las enfermedades infectocontagiosas hasta la prevalencia de las enfermedades crónico-degenerativas. Es decir, que, prácticamente todos los países transitarían por un mismo sendero.

Aunque Frenk y sus colaboradores reconocen, a partir de la experiencia de países latinoamericanos como el nuestro, la existencia de características particulares y de marcadas diferencias entre regiones de un mismo país. Las explican planteando que puede haber retardos, traslapes o procesos de contra transición que solamente retrasan, aceleran o permiten la presentación de ciertas enfermedades; así como también de las causas de muerte y de las tasas de fecundidad, natalidad y crecimiento demográfico, que habrán de seguir de cualquier forma un proceso evolutivo más o menos similar. Sin embargo, para entender las divergencias en la morbilidad y mortalidad entre regiones de un país o entre países es importante considerar, además de las consecuencias materiales de los modelos de desarrollo socioeconómico, los aspectos relacionados con el comportamiento de las poblaciones, sus cambios demográficos, sociales y culturales.

Nuestro país geográfica y socialmente es un lugar de contrastes. Concretamente con respecto a las concepciones acerca del proceso salud-enfermedad y el proceso de su atención prevención y promoción, subsisten en el imaginario colectivo ideas y creencias que vienen transmitiéndose desde las épocas prehispánica y colonial conjuntamente con el bagaje científico de la biomedicina desarrollada en el mundo moderno. No es de extrañar entonces, que si bien en la jerga médica la DM2 es una enfermedad producida por la deficiencia de insulina, para el paciente que la padece su causa haya sido un susto o una preocupación importante. Y que si para el médico en la presentación de la HTA es fundamental el sistema renina-angiotensina-aldosterona como mecanismo fisiológico alterado, para el paciente es más palpable su relación con el enojo, el estrés o la ansiedad producidos en su ambiente de trabajo o derivados de

problemas familiares. La presentación de las enfermedades está intrínsecamente vinculada al contexto social. No se debe olvidar por tanto la interpretación que los individuos hacen de las enfermedades o de los daños a la salud, de acuerdo con sus costumbres, sus creencias y sus modos de pensar. Las formas en que se construye tal interpretación modelarán las acciones alrededor del proceso salud-enfermedad.

Ahora las personas conocen y se informan acerca de las enfermedades y los malestares con mayor claridad y certeza de lo que se hacía anteriormente. Los conocimientos y las experiencias se transmiten de manera muy particular cuando se habla acerca de la salud y sus disrupciones y son motivo de pláticas constantes en la escuela, la tienda de la esquina, las reuniones familiares, las reuniones con amigos, las instituciones de salud, etcétera. La penetración de los medios de comunicación masiva en los hogares moldea patrones de consumo que influyen directamente sobre la alimentación, la vida sedentaria, la conformación de rutinas corporales y la automedicación. Somos traficantes de ideas, de concepciones, de gustos y de conocimientos. Incluso un sector de la población con acceso a la Internet tiene la posibilidad de integrarse en redes interactivas de personas que comparten enfermedades, comunican sus conocimientos y experiencias acerca de las mismas o establecen contacto con profesionales de la salud por este medio. De ahí que sean tan diversas las explicaciones sobre las alteraciones, los daños a la salud y las estrategias desarrolladas para atenderlas.

Dicho de otro modo, el patrón epidemiológico cambia no sólo por las repercusiones del desarrollo económico y de las acciones institucionales sobre la curación, la prevención y la promoción a la salud, sino también por las formas en que los individuos piensan y viven la posibilidad de enfermarse y de estar sanos; por las conductas desplegadas en la búsqueda de la salud y el bienestar. De tal manera, son las formas diferenciadas de vivir tanto material, como social y culturalmente las que conducen a distintos factores del riesgo de enfermarse y a diversas pautas para atender los daños a la salud.

Los cambios demográficos y los nuevos retos del panorama en salud

En este apartado mostramos cómo han variado los indicadores de salud en las últimas décadas a partir de 1970 (cuadro 5)

Cuadro 5. **Principales indicadores demográficos México, 1970-2000.**

Año	Esperanza de vida al nacer (años)			Natalidad	Fecundidad	Mortalidad		
	General	Hombres	Mujeres			General	Infantil	Materna
1970	61.2	59	63	44.2	6.7	9.5	68.5	14.3
1980	66.7	63.3	70.3	35	4.7	6.5	39.9	9.5
1990	70.8	67.7	74	28	3.3	5.1	23.9	5.4
2000	74.6	72.1	77.1	20.4	2.2	4.4	11.3	3.8

Notas:

Natalidad: Número de nacimientos registrados por cada 1000 habitantes en un año determinado

Fecundidad: Número de nacidos vivos por cada 1000 mujeres entre 15 y 49 años.

Mortalidad: Tasa por 100 000 habitantes.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del INEGI/SS.

A partir de los datos anteriores se puede constatar el importante incremento que ha tenido la esperanza de vida al nacer, la disminución en la natalidad y la fecundidad, así como también la disminución de la tasa de mortalidad en general. El resultado inmediato de estos cambios ha sido el incremento de la población adulta y de los adultos mayores, como se puede apreciar si se comparan la pirámide poblacional del año de 1959 y la del año 1995 (gráficas 2 y 3).

La transformación demográfica aunada a los cambios en la morbi-mortalidad a los que hice referencia anteriormente enfrenta a las Instituciones a retos distintos en la atención y el cuidado de la salud. Se requieren cambios en el diseño de las políticas y programas sociales dado que cualitativamente la problemática en el proceso salud-enfermedad se ha transformado. El nuevo patrón de enfermedades ya no puede resolverse sólo con campañas de vacunación, con el avance de terapias curativas más eficaces, la promoción del suero vida oral o el oportuno control de vectores, pues la complejidad del panorama actual radica en el hecho de que en las enfermedades crónicas no son curables, solo controlables. En su etiología multicausal se observa mayor compromiso de los factores sociales y culturales como escenario contextual de la vida de individuos y grupos además de los factores físicos o biológicos, lo que vuelve poco efectivas las estrategias y programas de intervención en salud pública como las mencionadas. Actualmente se requiere una estrategia distinta.

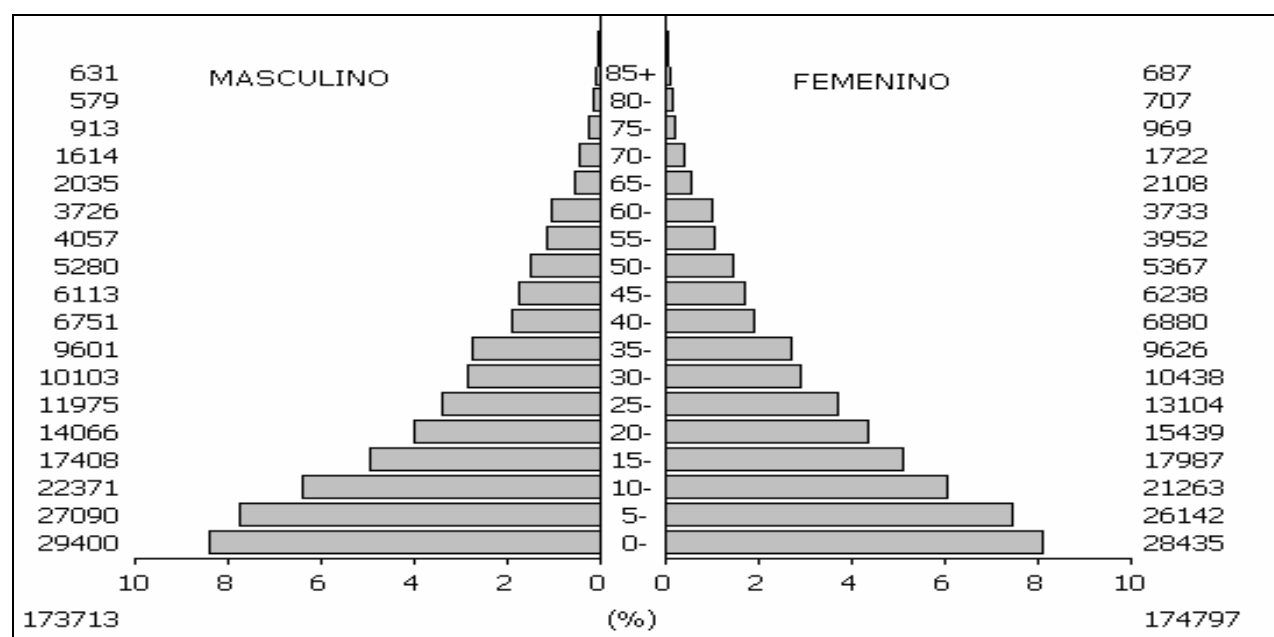
Transición estatal y políticas de salud

Los aspectos de la política dirigida hacia la salud se desenvuelven ahora en este contexto de modernidad y globalidad. Los programas y estrategias de las instituciones están enmarcados por lineamientos de tipo neoliberal que ejercen su influencia sobre la política social en general. La transición que ha experimentado el Estado Mexicano, sobre todo a partir de la década de los ochenta, muestra un fuerte recorte al financiamiento del gasto social y una nueva concepción de lo que debe ser la intervención institucional en respuesta a las necesidades sociales. Esta transición ha sido denominada por Hirsch (2001) como el cambio del Estado benefactor a un Estado nacional de competencia. En la nueva configuración del Estado la idea del bien común y del desarrollo social se transforma, siguiendo caminos que conducen al aseguramiento del “*orden mundial de libre mercado*” acorde con los procesos actuales de acumulación de capital.

En México a partir de la consolidación del Estado nación hacia la segunda mitad del siglo XX, el contexto institucional se caracterizaba por el desempeño del aparente Estado Benefactor que protagonizaba un papel preponderante como motor del desarrollo económico y social. Intentaba garantizar tanto la acumulación del capital como el cumplimiento de las condiciones de bienestar y estabilidad en el trabajo y la vida social. En ese momento las empresas se integraban en forma vertical y predominaban las concepciones fordistas y tayloristas en la organización en serie del trabajo. El Estado controlaba los sectores prioritarios o básicos de la economía y establecía las regulaciones jurídicas por sector y rama de la producción a las que se sujetaban empresas públicas y privadas, nacionales y extranjeras. Además de que mantenía una regulación estricta sobre la conflictividad social mediante el establecimiento de los llamados pactos sociales (Hirsch, *op. cit.*).

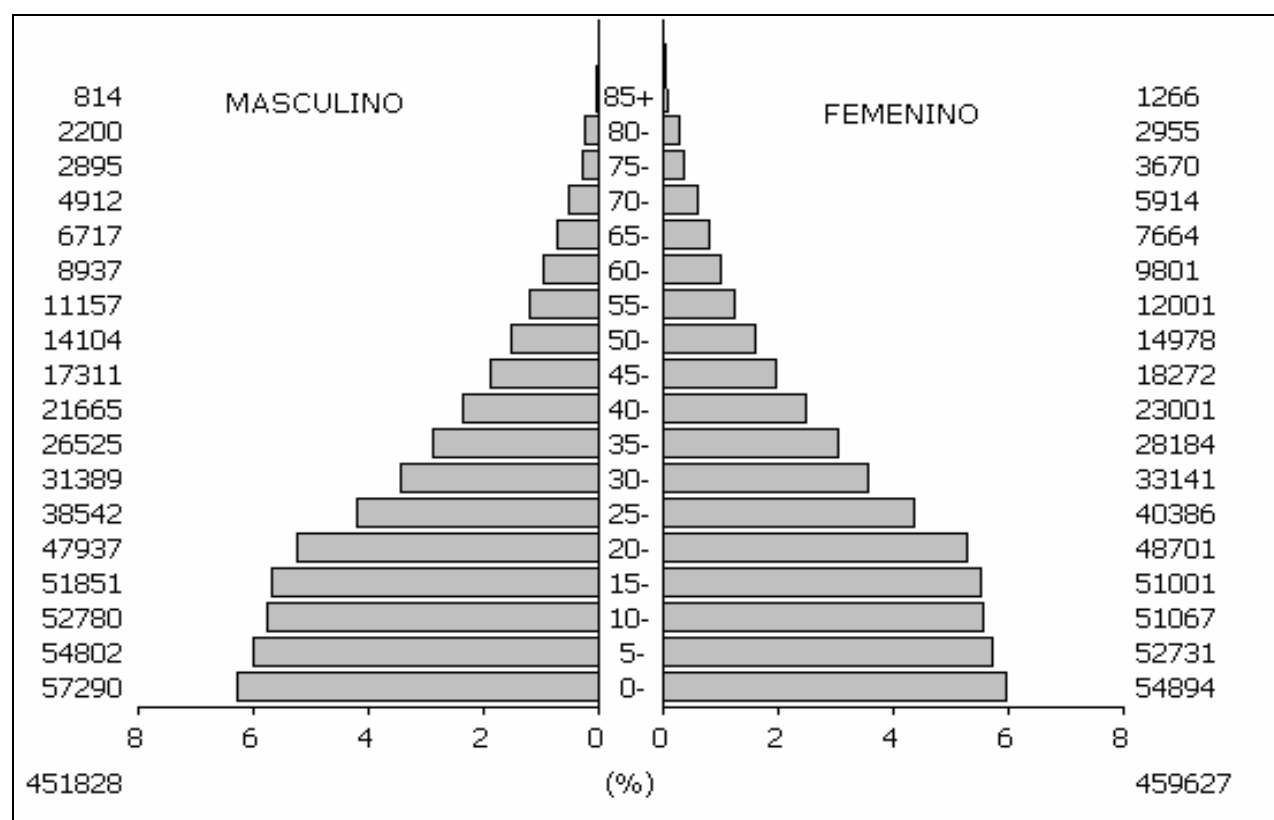
Dentro de este marco la relación entre trabajadores y empresas estaba regida por la vía de los contratos colectivos de trabajo y reglamentos internos, que de alguna manera permitían y garantizaban la permanencia en un empleo estable hasta el cumplimiento de un tiempo determinado de años de trabajo o de vida que dieran lugar a la jubilación. Se garantizaba también

Gráfica 2. Pirámide poblacional, México, 1959.



Fuente: OMS. Globo-can 1997.

Gráfica 3. Pirámide poblacional, México, 1995.



Fuente: OMS. Globo-can 1997.

la revisión periódica del salario para adecuarlo a las necesidades de los trabajadores, según el costo de la vida. Además de una serie de prestaciones sociales mediante las cuáles se facilitaba la adquisición de vivienda, vales para despensa y, sobre todo, el derecho a la atención médica y a las acciones programáticas destinadas al cuidado de la salud (Laurell, 1997). Dichas prestaciones como ya se mencionó en el capítulo dos, nunca tuvieron un carácter universal, estaban destinadas a la población que disfrutaba de un trabajo asalariado formal

Estos pactos y contratos permitían cierta estabilidad social y política, no exenta de luchas sociales fuertes en determinados momentos de la historia, como las estudiantiles de 1968 y las campesinas de la década de los años setenta, que fueron sofocadas mediante tácticas que combinaban la negociación legal y el desmembramiento de organizaciones sociales y políticas. Se utilizaba la represión policíaca y militar casi siempre selectiva, dirigida hacia los líderes y el manejo político de los planes y programas estatales para resolver las necesidades básicas de educación, alimentación, vivienda y salud. Parte de la responsabilidad de ésta última tarea le ha correspondido al IMSS.

Antecedentes históricos y el surgimiento del IMSS

El antecedente histórico más importante acerca de la legislación sobre la seguridad social en nuestro país se remonta hasta principios de este siglo en dos disposiciones de reglamentación estatal: la Ley de Accidentes de Trabajo, del Estado de México, expedida el 30 de abril de 1904, y la Ley sobre Accidentes de Trabajo, del Estado de Nuevo León, expedida en Monterrey el 9 de abril de 1906 (García, 1981). En estos dos ordenamientos legales se reconocía por primera vez en el país la obligación para los empresarios de atender a sus empleados en caso de enfermedad, accidente o muerte, derivados del cumplimiento de sus labores. Para 1915 se formuló un proyecto de ley de accidentes que establecía las pensiones e indemnizaciones a cargo del empleador, en el caso de incapacidad o muerte del trabajador por causa de un riesgo profesional. (García, *op.cit.*)

Más recientemente, el fundamento legal del seguro social en México se encuentra en el Artículo 123 de la Constitución mexicana promulgada el 5 de febrero de 1917. Ahí se declara en su apartado A Fracción XIV, que los empresarios serán responsables por los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales sufridas por sus trabajadores. La ley los compromete a pagar la indemnización correspondiente según se trate de muerte, incapacidad parcial o incapacidad permanente, aun en el caso de que el patrón contrate el trabajo por un intermediario. También se especifica que la manera de hacer válido este derecho será por medio de un régimen de seguridad social. Para tal efecto se establece en la Fracción XXIX, del mismo Artículo:

Es de utilidad pública la ley del Seguro Social, y ella comprenderá seguros de invalidez, de vejez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo, de enfermedades y accidentes, de servicios de guardería y de cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares. (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1998:141).

Ahora bien, las bases para su organización se reglamentan en la Fracción XI y sus respectivos incisos. Ahí se determina la forma en que deberán cubrirse los accidentes y enfermedades profesionales y no profesionales, la protección a las mujeres en estado de gravidez y la incapacidad por maternidad; la jubilación, la invalidez, la vejez y la muerte; así como también la atención a los familiares de los trabajadores. En este rubro se contempla además el monto destinado a las actividades recreativas y el fondo para vivienda. En diciembre de 1938, durante el sexenio de Lázaro Cárdenas, el Licenciado Ignacio García Téllez elaboró un proyecto

para la creación de un Instituto de Seguros Sociales de aportación tripartita que incluía al Estado, a los trabajadores asegurados y a sus patrones; que cubriría todos los aspectos enumerados en la Constitución. El proyecto fue enviado a la Cámara de Diputados, pero no fue sino hasta cinco años después, cuando el Congreso aprobó la Iniciativa y el 19 de enero de 1943 se publicó en el Diario Oficial la Ley del Seguro Social. Fue éste el inicio del Instituto Mexicano del Seguro Social durante el régimen de Ávila Camacho, ideado como un instrumento del Estado para ejecutar las políticas de seguridad social. Finalmente el 6 de enero de 1944 se puso en marcha formalmente el otorgamiento de servicios en todas las modalidades prescritas en la Constitución Mexicana.

Políticas de seguridad social en el Estado de bienestar

EL IMSS alcanzó su máximo avance en la década de los años setenta, y tuvo su mejor época durante el tiempo del auge petrolero. En ese tiempo se inyectaron significativos recursos a la economía y se consideró la idea de hacer extensivos los frutos del desarrollo económico logrado por el país hacia los programas sociales. Para ese entonces el ideario en el discurso estatal era promover: *la seguridad social integral* (Fuentes, *op.cit.*). En ese sentido, se favoreció la expansión y la consolidación del proyecto de cobertura amplia de los servicios de salud y de bienestar social. En 1972 se enviaron a la Cámara de Diputados nuevas adiciones a la Ley del Seguro Social que fueron aprobadas y publicadas en marzo de 1973. La nueva Ley ampliaba los beneficios del régimen obligatorio, extendía la seguridad social a ejidatarios, comuneros y pequeños propietarios organizados e implantaba el ramo de guarderías en toda la república.

Estas modificaciones extendían la cobertura de la Institución en el marco de la atención a poblaciones marginadas y dentro de los programas de lucha contra la pobreza (Levy, 1994). Sus acciones se apuntalaron a través del Programa Nacional de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria. Se creó entonces el IMSS-Coplamar que más adelante se convertiría en el IMSS-Solidaridad y posteriormente en el IMSS-oportunidades. Pero las cosas sufrieron un cambio hacia la llamada década perdida de los ochenta, en medio de una recesión económica mundial, el país se ve envuelto en una serie de crisis económicas producto del endeudamiento externo, los desfalcos provocados por el capital financiero especulativo y las altas tasas inflacionarias que generaron la necesidad de una nueva orientación económica (Gutiérrez, 2001).

En este tenor y a pesar de los años de crisis, el IMSS continuó su proceso de avance. Para 1987 el régimen ordinario cubría ya a casi 33 millones de mexicanos, de los cuales más de siete millones eran asegurados. Una década más tarde los derechohabientes sumaban más de 39 millones de personas. El total de asegurados permanentes llegó a ser superior a los 10.5 millones y el total de pensionados era de un millón 579 mil. En la actualidad, no obstante la repercusión de las reformas en contra de la seguridad social que se verán a continuación, la población derechohabiente ha ascendido como se muestra en el cuadro 6.

Cuadro 6. **Población derechohabiente, asegurados, familiares y pensionados, IMSS, (1997-2000).**

AÑO	Población derechohabiente	Asegurados	Familiares de asegurados	Pensionados y familiares
1997	39 461 964	12 713 824	23 612 928	3 135 212
1998	41 941 674	13 611 183	25 095 010	3 235 481
1999	44 557 157	14 559 729	26 648 612	3 348 816
2000	46 533 924	15 240 131	27 821 749	3 472 044

Fuente: Coordinación de Afiliación-Vigencia, Delegaciones Regionales, estatales y DF.

Al IMSS se le agregaban y se le agregan cada vez más derechohabientes, pero los recursos no le llegan con la misma celeridad ni en cantidades suficientes para atender con eficiencia las demandas que la cobertura poblacional le exige.

Las reformas a la seguridad social

En México las repercusiones de la política neoliberal sobre los programas sociales se dejaron sentir desde el sexenio de Miguel de la Madrid, con Carlos Salinas de Gortari como su secretario de Programación y Presupuesto. Entonces se le dio prioridad al pago de la deuda externa y se diseñó la Reforma del Estado que buscaba la integración a un nuevo orden mundial, que culminó con la firma del Tratado de Libre Comercio en el sexenio de Salina de Gortari. Se estaba dando el proceso de cambio del llamado Régimen del Estado Benefactor y sus efectos sobre la política social estaban por verse. En noviembre de 1995 Ernesto Zedillo continuó con la política de reestructuración del Estado iniciada por sus antecesores y presentó a la Cámara de Diputados la Iniciativa de Modificación de la Ley del Seguro Social que fue aprobada por la Cámara el 8 de diciembre del mismo año.

Éste fue el principio de la serie de reformas jurídicas necesarias para iniciar un proceso de cambio del IMSS que parecía dirigido a la *privatización selectiva* de sus servicios (Laurell, *op. cit.*). Al año siguiente, en marzo de 1996, se presentó el Programa de Reforma al Sector Salud, donde se daba a conocer una serie de lineamientos que incluían cambios en la manera de funcionar del conjunto del sector salud, en el que básicamente se afectaban los montos presupuestales destinados al sector. Le siguieron en el mismo sentido las modificaciones a la Ley de los Sistemas de Ahorro para el retiro (SAR) y, por último, a finales de 1996 se propuso la modificación a la ley del INFONAVIT.

Dentro de las modificaciones que se plantearon en la Nueva Ley del Seguro Social, la principal reestructuración se establece sobre el sistema básico de la seguridad social: desaparecieron los seguros de invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte (IVCM) y el seguro de retiro (SR). En su lugar se propuso el seguro de cesantía en edad avanzada y vejez (RCV) y el de invalidez y vida (IV). Se estableció legalmente que los fondos del RCV pasaran a ser administrados por Administradoras de fondos para el Retiro (AFORES), quienes podrán hacer uso de ellos e invertirlos en lo que se ha denominado Sociedades de Inversión de Fondos de Retiro (SIEFORES). Estos fondos para la jubilación son depositados en cuentas individuales, su monto se conforma con las cuotas al fondo de pensión originadas por el SAR y por el INFONAVIT más lo que cada trabajador decida ahorrar de manera individual en ella.

Con este diseño se pierde el carácter solidario del fondo de jubilaciones y pensiones del antiguo régimen. Anteriormente, al entrar los trabajadores en un fondo común ahorraban en

conjunto, luego las pensiones se redistribuían conforme el principio de la solidaridad social. Al individualizar cada cuenta, el monto generado dependerá de las posibilidades de ahorro de cada trabajador y de su propia trayectoria laboral, obviamente la categorización de ramas de producción y de salarios es muy diferente en cada empresa. Por ejemplo, dentro del IMSS la categorización va desde un trabajador de intendencia, hasta un médico altamente especializado o un directivo con un salario alto en un puesto de confianza. Es evidente la diferencia del monto que cada trabajador puede generar a lo largo de su vida laboral y de la enorme brecha entre unos y otros. En el régimen anterior se homologaba mucho más con el esquema de cotización y redistribución.

De igual forma, se suceden en cadena otra serie de reformas que tienen los mismos preceptos. El seguro de Riesgos de Trabajo, anteriormente consideraba diferentes tipos de riesgo que dependían del grado de peligrosidad de la actividad económica que se desempeñaba. En el nuevo régimen esta consideración desaparece y ahora sólo se toma en cuenta el pago de una prima de invalidez parcial o permanente, según el daño sufrido. Se evade la responsabilidad patronal y de la institución en el reconocimiento de que algunas actividades laborales son más peligrosas que otras y por ende se requiere una clasificación a partir de la peligrosidad y del monto merecido al sufrir un daño por accidente o enfermedad laboral. Además una compañía aseguradora dispondrá de los fondos del RCV acumulados en la cuenta individual del trabajador (Ley del Seguro Social, art. 58) y se hará cargo del pago. Con lo que el trabajador se hace responsable en parte del monto de su indemnización, que en el antiguo régimen correspondía solamente a su patrón.

Con relación a los cambios en el rubro de Enfermedad General y Maternidad, se pasa de una cotización proporcional al salario, a una cuota única independiente del salario con una cuota adicional cuando el salario sobrepase el monto de cuatro salarios mínimos. Se introduce además la modalidad de los convenios de reversión de cuotas, mediante los cuales los patrones pueden optar por los seguros o los servicios privados. Justamente a estas aseguradoras privadas irán a parar las cuotas inicialmente destinadas al IMSS.

Ahora bien, en lo tocante al seguro de guardería para los hijos de los trabajadores, la nueva ley también amplía la posibilidad de subrogar este servicio. De los fondos de este seguro saldrán las cantidades que se utilicen en el rubro de prestaciones sociales, que anteriormente se pagaban con recursos de la inversión de fondos de pensiones, lo que permitía que el IMSS pudiera utilizar sus recursos para impulsar el desarrollo de infraestructura médica así como actividades culturales, deportivas y de capacitación.

Lo observado hasta estos momentos significa que el monto del ahorro personal de los trabajadores y el fondo para vivienda, manejados por las AFORES, se han destinado a la especulación financiera, cuando se esperaba que fueran invertidos en actividades productivas por estas asociaciones. Pero se han empleado para participar en la especulación financiera lo que ha generado sólo ganancias lucrativas privadas. (Laurell, 1997). Por otra parte si bien, para el IMSS haber pasado los fondos de jubilaciones y pensiones hacia las AFORES privadas constituyó una debacle financiera, al gobierno federal esta reforma le ha salido cara pues de acuerdo con las últimas reformas, la participación del gobierno federal en el financiamiento total del Instituto tendría que elevarse de 5 a 25 por ciento (Leal, 2000). Esta necesidad de erogación de ingresos implica un replanteamiento de las prioridades del gasto social, con el fin de que pueda cumplir con el compromiso que él mismo se impuso (Martínez, 1999). Hasta el momento esto no ha sido factible de realizar y el Estado adeuda cerca de 54 mil millones de pesos al IMSS⁶, tal

⁶ *El Financiero*, diario nacional, 11 de octubre de 2005.

circunstancia ha tenido un efecto directo sobre las condiciones en las que se desarrollan las actividades de atención a la salud.

El IMSS en la dinámica de los vaivenes estatales

En la época salinista, la alianza de México con Estados Unidos y Canadá en un proyecto de integración regional se consideró como una vía para lograr la apertura y eficiencia en la producción y la distribución de mercancías. Mediante la supresión de trabas comerciales que hasta ese momento se establecían como parte del proteccionismo de los Estados-nación, se intentó dinamizar la economía teniendo como socios comerciales competitivos nada menos que a estos dos gigantes de la producción y el mercadeo en el mundo. El nuevo papel del Estado en esta “integración regional” se centra en la creación de condiciones más flexibles para la libre circulación de mercancías de las grandes empresas o de las empresas-red (Castells, 1996) que controlan los procesos de producción, distribución y consumo mundiales. Esta flexibilización pretende el incremento de la aplicación de la tecnología a la producción y el manejo de sus distintas fases empleando empresas localizadas en distintos países. Estas empresas tienen una gran diversidad de tamaños, especialización y organización y son seleccionadas bajo la lógica de los menores costos y la mayor eficiencia (Storper M., R. Salais, 1997). Cuyo efecto principal se deja sentir sobre las características cambiantes del empleo que ya no es constante, formal y casi vitalicio como antes.

En esta transición el Estado ha pasado a ser: controlador y reformador de una economía cada vez más informal, flexible y globalizada. Un Estado regulador de las formas dinámicas del flujo de capitales donde, si antaño la política social era el beneficio derivado de su acción directa sobre la economía, ahora se contenta con aplicar una política de compensación social (Brodershon, 1992), en aquellos lugares y rubros que pudieran convertirse en focos rojos de tensión política y social. Este es el marco en que se suceden las reformas a la Seguridad Social: con la privatización de los fondos para el retiro y con la disminución directa del empleo formal, el IMSS se descapitaliza. Sus recursos se han visto mermados además, por la disminución del presupuesto federal dedicado al rubro de la salud. El impacto para los derechohabientes del IMSS se traduce en una disminución en la calidad de los servicios médicos otorgados y en la disminución de las prestaciones sociales que afectan sobre todo el régimen de pensiones y jubilaciones.

En su informe anual, Santiago Levy (2002), entonces director general del IMSS, señaló que el envejecimiento de la población representaba un aumento en la proporción de adultos mayores con respecto a la población total. Aumento que significa la obligación de atender a pacientes mayores de 60 años, con alto riesgo de enfermedades crónico-degenerativas, jubilados o en vías de jubilación. Lo que implica una presión cada vez más grande sobre el régimen de pensiones. Para subsidiar los altos costos en salud de estos grupos de edad se requerían fuertes transferencias de dinero provistas por la población económicamente activa inscrita en el empleo formal. Éste fue su principal argumento para promover los cambios al régimen de jubilaciones y pensiones que afecta directamente a los nuevos empleados del IMSS.

El trasfondo de las reformas.

Las reformas a la Ley del Seguro Social, tienen relación directa con una serie de lineamientos acordes con las políticas neoliberales en estos tiempos de globalización. El Fondo

Monetario Internacional (FMI) y del Banco Mundial (BM) han basado sus recomendaciones a países como el nuestro, en las propuestas que los teóricos de la llamada corriente neoliberal (Dunleavy y O'Leary, 1987) y del *Public Choice* (Pierson, 1991; George y Wilding, 1994) han elaborado a partir de las últimas crisis económicas. Estos autores señalan que la recurrencia de las crisis, se debe fundamentalmente a los errores cometidos por el funcionamiento del Estado como rector de la economía y a la organización social y política de una sociedad. La intervención del Estado añaden, ha resultado insuficiente y poco eficaz para lograr el desarrollo social porque con el control ejercido sobre las actividades productivas se ha paralizado la libre competencia, el flujo de capitales y la iniciativa individual de participación activa en la resolución de los problemas. Mencionan así mismo, que el estatismo ha favorecido la conformación de grupos casi feudales tanto en la esfera de la economía como del poder político, lo cual ha conducido a los países a situaciones de crisis como las que hemos vivido en el último tiempo. Su propuesta, derivada de esta explicación es que se debe apoyar y promover la reconstitución del libre mercado como el único mecanismo que posibilita el desarrollo económico. Sin embargo, para lograrlo, se requiere una profunda desregulación mercantil en el ámbito mundial.

Con respecto al trabajo, son necesarias nuevas relaciones laborales, más flexibles y menos sujetas a la normatividad establecida en los contratos colectivos de trabajo que frenan la inversión empresarial. Se debe combatir el igualitarismo ya que la desigualdad es el motor de la iniciativa personal. Su postura a este respecto es que los servicios sociales cubiertos por el Estado deberían desaparecer, ya que las necesidades básicas tendrían que resolverse por sus cauces “naturales”, como lo son la familia, la comunidad y los servicios privados (Esping-Andersen G., 1990). Así pues, la cobertura universal y la gratuidad de servicios como la educación y la salud brindadas por el Estado como parte de las políticas sociales, quedan fuera de la lógica de utilidad mercantil. La solidaridad social y la responsabilidad pública son aceptables en forma limitada, mientras se avanza en el proceso de re-mercantilización de los servicios-beneficios sociales. En consecuencia, el BM en su documento *Invertir en Salud* (1993) expone que las necesidades de salud deben considerarse como afectaciones individuales, que para resolver, el individuo deberá apropiarse del servicio médico como un “bien privado”. Por tanto, le atañe al propio individuo buscar la forma de satisfacer su necesidad como una responsabilidad particular. En este sentido, al Estado sólo le compete hacerse cargo de aquellos que por falta de rentabilidad no pueden integrarse a las oportunidades del mercado.

Esta corriente plantea que la sola insuficiencia de las instituciones públicas justifica introducir la lógica del mercado en el sector salud, con el objetivo de crear las condiciones necesarias para facilitar y promover la constitución de un mercado privado de seguros, vendibles al mejor postor. Las compañías de seguros tendrían en sus manos el ofrecimiento de planes o paquetes de servicios en diferentes proporciones y con diferentes costos, para garantizar un mercado respaldado por el poder de compra de cada individuo. El usuario tendría poder de libre elección de su aseguradora y de la institución privada que le vendería el servicio. Sin embargo, afortunadamente, y a pesar de lo aparentemente bien estructurado y fundamentado del proyecto desde la visión del desarrollo neoliberal, no ha podido consolidarse en nuestro país. Incluso recientemente el BM (*Informe 2004*) empieza a reconocer que esta perspectiva no ha resultado en la práctica tan ventajosa como se pensó hace ya más de una década. A la vuelta del tiempo ha ensanchando la brecha entre ricos y pobres, afectando a la salud de la población mundial.

El desmantelamiento del Estado benefactor sobre la lógica de la racionalidad económica nunca llega a concretarse. Prueba de ello, es la permanencia, con todo y sus bemoles, del IMSS, el IMSS-oportunidades, el ISSSTE y otros organismos de la seguridad social. Es posible que parte de este proceso se deba a que el mercado no resultó tan rentable, dado que una buena parte

de los usuarios en México está sumida en la pobreza. De acuerdo con las definiciones establecidas por los mismos organismos internacionales, de los derechohabientes del IMSS por ejemplo 70% percibe entre uno y tres salarios mínimos (Boltvinik, 1995). La gran mayoría de pobres, paradójicamente consecuencia del mismo modelo de desarrollo neoliberal que desea impulsar el consumo y el mercado, es lo que no permite desarrollar una base amplia de compradores a los que se les pueda vender los servicios de salud. Tal vez por esta razón, es que el discurso oficial vuelve a retomar los conceptos de la seguridad y la protección social como un emblema de lucha para lograr la universalidad de la cobertura en salud. Sin embargo, el discurso sigue alejado de la práctica. Mientras se agrega nuevas familias a las que el IMSS debe atender, los recursos financieros no aumentan en la misma proporción.

En medio de estos vericuetos el IMSS permanece con su misión primigenia que es la atención a la salud y la provisión de la seguridad social. Pero la debacle financiera a la que ha sido sometido debido a los recientes cambios, lo ha forzado a responder a la demanda excesiva de atención médica con una infraestructura deficiente, escasez de insumos, desabasto de medicamentos, demandas legales, y falta de cobertura adecuada del equipo operativo de sus trabajadores. Como parte de su quehacer cotidiano continúa desarrollando planes y programas encaminados al cuidado de la salud, entre ellos el de la atención a la diabetes y la hipertensión. Lo importante aquí, es preguntarse: cómo se conjuga la situación financiera global con la práctica médica cotidiana y la atención de los pacientes diabéticos e hipertensos.

Hipertensión y diabetes: prevención, tratamiento y control en los programas de atención primaria

A fin de encarar este problema, se han desarrollado programas que contemplan las acciones pertinentes para su detección, diagnóstico, tratamiento y control. La transición demográfica y epidemiológica que ha transformado las necesidades en el ámbito de la salud, debería ir de la mano con los cambios y la redefinición de los modelos de atención, prevención y promoción a la salud. En un modelo de intervención ideal se tendrían que integrar los cuatro aspectos determinantes de la salud que propone Lalonde (1974): el medio ambiente, los estilos de vida, los sistemas de asistencia primaria y los factores relacionados con la biología humana. De esta forma podrían vincularse los aspectos socioeconómicos, poblacionales y culturales (García de Alba, 1992) como elementos fundamentales por considerar en un modelo de atención integral de la salud.

Para definir las acciones pertinentes en un primer nivel de atención en torno a la DM2 y la HTA, existe una Norma Oficial Mexicana (NOM) que contiene una reglamentación que incluye las actividades preventivas que deben realizar los sectores público, social y privado para incidir sobre la presentación y el manejo adecuado de estas enfermedades. La modificación más reciente a esta norma se realizó en abril del año 2000. En ella se establece que los programas de las instituciones de salud para la prevención y control de la HTA y la DM2 deben contener como uno de sus componentes básicos la prevención primaria de estas enfermedades. Para tal efecto, menciona que la estrategia a seguir para la prevención primaria tiene dos vertientes: la dirigida a la población en general y la orientada a los individuos con alto riesgo de desarrollar dichas enfermedades.

Su objetivo es la protección a la salud, incidiendo particularmente sobre los factores de riesgo. De esta manera se regula una serie de recomendaciones para el control del peso, la

actividad física de las personas, la alimentación adecuada, el tabaquismo y el uso del alcohol. Es decir, la promoción para la salud en estos rubros estará encaminada a fomentar estilos de vida saludables para prevenir o retardar la aparición de las patologías. La NOM señala que la promoción para la salud dirigida a la población en general, se efectuará a través del trabajo intersectorial realizando: actividades de educación para la salud a cargo de la Secretaría de Salud en coordinación con las instituciones educativas; de comunicación social mediante los medios masivos de comunicación; y de participación social con la colaboración de grupos y organizaciones sociales.

Las actividades se enfocarán en los individuos diagnosticados como diabéticos e hipertensos, y en aquellos que sean considerados con propensión a padecerlas, debido a la suma de los factores de riesgo que presenten o por la alteración de sus niveles de presión arterial o de sus glucemias. Todos ellos deberán ser informados amplia y profundamente de tal situación y apoyados para efectuar los cambios necesarios en sus estilos de vida.

Dentro del IMSS se pusieron en marcha a partir de 1995 los primeros programas dirigidos al adulto mayor. En ese entonces se empezaba a observar que los dos principales motivos de consulta en este grupo de edad eran la hipertensión y la diabetes, y, que ésta última era una de las primeras causas de muerte. Las estadísticas mostraban también que el principal motivo de egreso hospitalario eran la diabetes mellitus y su principal complicación: la insuficiencia renal crónica. Además, uno de los mayores gastos que se realizaban y se siguen realizando en medicamentos, es el de los prescritos para el tratamiento y el control de la HTA y sus complicaciones. En la búsqueda de soluciones a una problemática de esta envergadura, en el Programa de Atención al Adulto Mayor (PAAM) se habla de:

Nuestros servicios están obligados a ofrecer múltiples opciones que deben estar interrelacionadas entre sí de tal forma que sean eficientes y que impacten en la calidad de vida y en las condiciones de equidad con otros grupos etarios, la atención debe orientarse al cuidado preventivo de forma integral y continua, teniendo como base la atención en el primer nivel con énfasis en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la disminución del riesgo de discapacidades. (IMSS, PAAM, 1995:15).

Sobre estas bases, el IMSS en ese entonces tenía como propósito del programa disminuir la morbi-mortalidad en ese grupo de edad. La estrategia planteada era influir sobre los factores de riesgo considerados como posibles de modificar mediante de cambios de actitud en los pacientes. Para ello se proponían como metas:

- La elaboración de una diagnóstico situacional que sirviera para identificar los factores de riesgo a la salud en este grupo de edad, y fomentara la investigación operativa que brindara respuestas para el abordaje de la patología biológica, social y familiar de los adultos mayores.
- Capacitar al personal médico y paramédico de manera que pudiera brindar una atención integral, oportuna y de calidad.
- Fomentar la creación de grupos de autoayuda de diabéticos e hipertensos. Comprometer a la población en el autocuidado de la salud y

Para tal efecto, se instituyeron líneas de acción programática donde se especificaban detalladamente las actividades que tendrían que desarrollar la asistente médica, el médico familiar de consulta externa, la trabajadora social, el servicio de medicina preventiva, la asistente médica del servicio de estomatología, el estomatólogo, la asistente médica del servicio de urgencias, el médico familiar de urgencias, el jefe de educación médica, el jefe de departamento clínico y el director de la Unidad de Medicina Familiar. Se suponía que este personal médico y de

apoyo podría trabajar en equipo para detectar la problemática, registrarla adecuadamente, resolver el problema de salud inmediato del paciente, otorgar citas de control subsecuentes, prestar apoyo de tipo socio-cultural, protección en inmunizaciones y detección oportuna de enfermedades, además de brindar orientación amplia y adecuada para desarrollar el proceso educativo del paciente. Para ello y con la finalidad de que el personal estuviese capacitado para cumplir estas metas se promovió en algunas UMF la realización de un diplomado de atención al adulto mayor. Parte del personal interesado y comprometido con la atención a los pacientes de estos grupos de edad, se inscribió y terminó el curso. Sin embargo, pasó el tiempo y no se le dio seguimiento en la operación práctica de los servicios, ni hubo incentivos para promover la investigación y la capacitación continua que tuviera efectos positivos sobre la atención del paciente crónico.

Las premisas de los Programas integrados de Salud

Más recientemente y tomando como base los programas ya existentes dentro del IMSS, la dirección de Prestaciones Medicas presentó un proyecto estratégico para la implantación de los programas integrados de salud (PRISA), que se llevaron a cabo en su fase piloto del 2001-2003. Estos programas tuvieron como propósito general:

“la provisión sistemática y ordenada de acciones relacionadas con: la promoción de la salud, la vigilancia de la nutrición, la prevención, detección y control de enfermedades y la salud reproductiva, ordenándolas por grupo de edad”. (IMSS, PRISA, 2001:7)

Estas nuevas metas buscaban integrar y coordinar las acciones anteriormente fragmentadas en los diferentes servicios de las UMF, ordenándolas y agrupándolas con el fin de facilitar las tareas del personal responsable de realizarlas para avanzar en el propósito de lograr *una atención integral de salud de la familia* (ídem). Pero el elemento distintivo más importante que señala esta nueva estrategia es el cambio de una concepción de prevención de enfermedades y riesgos específicos al de protección a la salud de grupos poblacionales definidos.

Cabe aquí preguntarse cuál es el trasfondo de este cambio y cuáles son los fundamentos teóricos y empíricos en los que se basa. Desde mi punto de vista, esta nueva propuesta podría ser interesante si su fundamento fuera el avance en los niveles de salud de la población, en las condiciones generales de vida, y en la conciencia de participación en el autocuidado de la salud; de manera que se pudiera pasar de la prevención a la protección de lo ya ganado en salud. Sin embargo, el patrón epidemiológico en nuestros días muestra una realidad compleja que vislumbra difícil y complicado el trabajo con esta orientación

De cualquier forma, en relación con las actividades que tienen que ver con hipertensión y diabetes, el nuevo planteamiento en el primer nivel de atención dentro del IMSS propone algunas cosas nuevas, aunque las acciones que se deben realizar siguen siendo las mismas. Por un lado están las orientadas a la detección temprana del padecimiento y por otro las que tienen que ver con las sesiones informativas de educación para la salud y las dirigidas a la conformación de grupos de autoayuda para el control de factores de riesgo. Tal vez lo novedoso de la propuesta es que los diferentes servicios de las UMF puedan funcionar de manera conjunta y se puedan registrar sus acciones en una cartilla de salud proporcionada a cada uno de los derechohabientes que demanden el servicio. Así pues, si normativamente existe un planteamiento en el campo de la atención de primer nivel para prevenir, detectar y tratar adecuadamente la HTA y la DM2, ¿por

qué continúan estas enfermedades haciendo estragos en la población, manteniendo tasas tan elevadas de morbi-mortalidad?

Dentro de la práctica médica cotidiana, con frecuencia se constata que el paciente diabético o hipertenso no controla su presión, sus glucemias son elevadas, no baja de peso, se complica con problemas de colesterol y otros tipos de grasas, y tiene daños a órganos blanco. Por ello, es el momento de preguntarse cuál es el impacto del trabajo institucional y dónde están los nudos que impiden lograr sus objetivos.



V. LAS UNIDADES DE MEDICINA FAMILIAR DEL IMSS.

Introducción.

En la fría mañana de un lunes 25 de noviembre la sala de espera de la clínica se encontraba repleta. Para un antropólogo observador externo llama la atención tanto ir y venir de las personas, algunas con rapidez, otras tantas caminando con dificultad. Rictus de dolor, ansiedad, desesperación, cansancio en sus rostros. Otras más reflejan en la sonrisa las buenas noticias recibidas.

A veces parece que la gente se mueve como por encanto, pero no. Todos tienen un motivo o un conjunto de motivos. Afortunadamente no siempre son las enfermedades lo que conduce a buscar los servicios de una Unidad de Medicina Familiar en el IMSS. A veces se acude a realizar alguna acción de protección a la salud, a buscar información acerca de cómo cuidar la salud o simplemente a confirmar un diagnóstico de buena salud.

La delegación del IMSS en la región occidente inició su proceso de atención a la salud en el año de 1946. Su cobertura alcanza a 3 409 503 derechohabientes que reciben atención y servicios en 236 unidades médicas, administrativas y sociales del Instituto. En el Estado de Jalisco cuenta con hospitales conocidos como unidades médicas de alta especialización (UMAES): la Torre de Especialidades, el Hospital de Ginecoobstetricia y el de Pediatría. Estos hospitales corresponden al tercer nivel de atención en salud. Al segundo nivel pertenecen los hospitales regionales (HGR) y de zona (HGZ) que, en total, en el área urbana de Guadalajara suman cinco. En el interior del estado se localizan diez hospitales más de este tipo.

Las UMF son las responsables de la cobertura más amplia de atención en salud, la que corresponde a un primer nivel. En Jalisco hay 23 UMF tan sólo en el área metropolitana. Distribuidas por todo el estado se ubican 77 unidades más, a las que se suman 48 unidades de atención, apoyo y fomento a la salud (UAFS). Las UMF son el escenario elegido como universo de estudio. La principal justificación es, que aquí se da el primer contacto con el individuo y sus familias y es donde se llevan a cabo las acciones requeridas para la prevención primaria y la promoción en salud. Constituyen el espacio donde el paciente diabético o hipertenso estrecha lazos continuos y constantes a lo largo del tiempo con trabajadores de la salud.

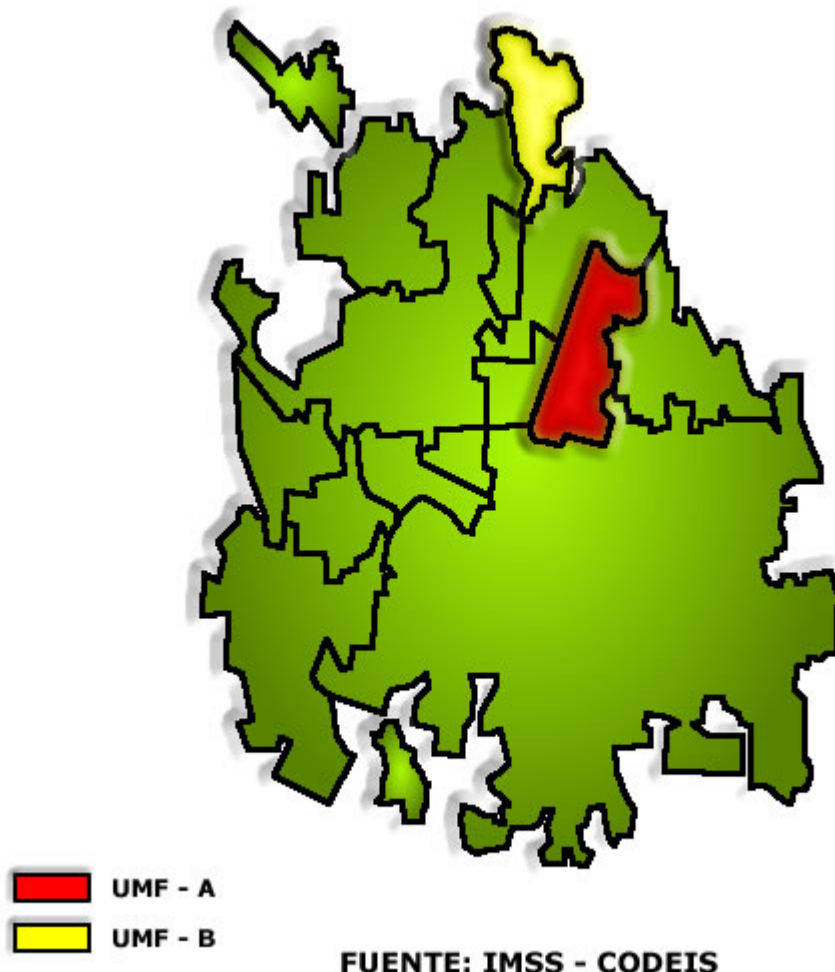
La investigación se desarrolló en dos UMF del IMSS en Guadalajara tomándolas como estudio de caso. Los criterios seguidos para su inclusión fueron los siguientes:

- ❖ Que ambas atendieran una proporción significativa de adultos mayores.
- ❖ Que la diabetes y la hipertensión ocuparan los primeros lugares de morbi-mortalidad en su diagnóstico de salud.
- ❖ Que una de las clínicas tuviera más de 30 consultorios de medicina familiar y la otra menos de 10, con el fin de establecer un contraste entre los recursos de que disponen los dos escenarios y las repercusiones que esto puede tener sobre los pacientes.

Antecedentes de las unidades de medicina familiar

En el mapa siguiente se muestra con colores la ubicación de las dos unidades elegidas

Mapa 1. UMF seleccionadas.



La Unidad de Medicina Familiar-A (UMF-A) fue inaugurada en el año de 1949, es una de las más antiguas y fue concebida dentro del núcleo de atención del Centro Médico Nacional de Occidente, que se encuentra ubicado cerca del corazón de la ciudad, entre Sierra Morena y Belisario Domínguez. Este conjunto está conformado por el hospital de pediatría, el hospital de ginecobstetricia, la torre de especialidades y la delegación Jalisco del IMSS, se construyó en este espacio con la intención de integrar en el núcleo los tres niveles de atención a la salud: el primero a cargo de la UMF-A y el resto de los hospitales a cargo de los otros dos niveles de atención dentro del organigrama institucional.

Aquí se encuentran también, dos Institutos de investigación del IMSS: el Centro de investigación biomédica (CIBO) y La Unidad de investigación social, epidemiológica y de servicios de salud (UISESS), además del Centro de Radio Neurodiagnóstico (CRND), el Banco de Sangre, la Unidad de Patología, la farmacia central, los talleres de mantenimiento, el almacén y lavandería; el edificio de telecomunicaciones, la oficina de construcciones y la tienda del IMSS. El complejo en su conjunto es agradable a la vista, con construcciones bien hechas, buen mantenimiento y múltiples áreas verdes con pasto y árboles grandes, viejos, con troncos gruesos y ramas frondosas, de cuya sombra disfrutaban los familiares de los enfermos cuando deben permanecer días, semanas o hasta meses en el lugar.

La UMF-A fue concebida arquitectónicamente para satisfacer los requerimientos necesarios de una clínica de atención a la salud. Los servicios que ofrece son: consulta externa de medicina familiar, medicina preventiva, estomatología, rayos x, laboratorio, medicina del trabajo, epidemiología, servicio de nutrición, trabajo social y atención de urgencias.

Por su parte, los antecedentes de la UMF-B se remontan a los tiempos en que operaba como puesto de fábrica en la textilera mexicana (FATEMEX) del antiguo pueblo de Atemajac. En sus inicios se atendía ahí solamente a los trabajadores de la fábrica y se limitaba a otorgar servicios de primeros auxilios. Posteriormente la textilera hizo la donación al IMSS de las instalaciones que hoy ocupa la clínica. Fue inaugurada como UMF el día 11 de diciembre de 1951, el lugar físico es una casa de mediados del siglo pasado, medianamente acondicionada para funcionar como clínica. En la planta baja están organizados los servicios de consulta externa, medicina preventiva, el archivo, la farmacia, la administración y la oficina del personal. En la planta alta se ubican la dirección, la oficina de la secretaria, un pequeño auditorio para 30 personas y al fondo del mismo el almacén.

En contraste con la UMF-A, se trata de una clínica pequeña, con siete consultorios de medicina familiar, uno de estomatología, dos módulos de medicina preventiva, la trabajadora social y no cuenta con módulo de nutrición. Tampoco tiene laboratorio, servicio de rayos X, medicina del trabajo, epidemiología, ni sala de emergencias.

Espacio geográfico de influencia

UMF-A

La UMF-A tiene una población de adscripción de 145 269 derechohabientes, que corresponden al 8.82% de la población total del municipio. De esta población, acuden de manera continua 129 454 personas que corresponden al 89.11 de la población total adscrita a la clínica. Las colonias de donde provienen sus derechohabientes son: Los Postes, Las Cuatas, Circunvalación, Belisario Domínguez, Monumental, Independencia, San Vicente, Margarita Maza de Juárez, La Federacha, Ricardo Flores Magón, La Esperanza, La Cantera, Santa Isabel, San Patricio, Unidad Belisario Domínguez, San Marcos, Maravilla, Santa María, El Mirador y Oblatos.

Todas están ubicadas en lo que se denomina el sector Libertad de la zona urbana de Guadalajara. La estratificación socioeconómica de acuerdo a las áreas geoestadísticas básicas (AGEB) del INEGI, clasifican a la mayoría de la población adscrita a la UMF-A dentro de los sectores bajo superior y bajo inferior, con excepción de las colonias Monumental e Independencia que están dentro del estrato medio inferior. Ninguna de las colonias corresponde a los estratos marginados. Las colonias del estrato bajo superior tienen viviendas cuyo terreno es pequeño, cocheras sin servidumbre (sólo cajones) y se localizan en zonas con poco alumbrado

público pero funcionando al máximo. Cuentan con cableado telefónico y algunos teléfonos públicos. El abastecimiento de agua potable es regular si bien el alcantarillado y el drenaje son deficientes. La mayoría de las calles están pavimentadas, el resto empedradas y las banquetas pequeñas. La circulación vehicular es constante con acceso de transporte público en las calles principales. Los vehículos son de marcas económicas y algunos de lujo pero de modelos atrasados. La vigilancia municipal es escasa o nula. Existen pocas áreas verdes y algunas plazuelas deportivas pero descuidadas y sucias. No hay grandes centros comerciales, más bien persisten las misceláneas y algunas tiendas de autoservicio pequeñas. Los condominios o unidades habitacionales son pocos y por lo general están sucios y descuidados. En las proximidades es posible encontrar cantinas y bares.

Las características de las colonias en el estrato bajo inferior son similares: zonas con poco alumbrado público, y casi destruido por el vandalismo. Poco cableado telefónico y no existen teléfonos públicos. El abastecimiento de agua potable está garantizado, pero en tiempos de secas es escaso. El drenaje y el alcantarillado son deficientes también. Las calles están empedradas, pocas pavimentadas y solo hay pequeñas banquetas. La circulación vehicular es regular, con modelos viejos y marcas económicas. Se cuentan con gran acceso de transporte público. La vigilancia municipal es escasa o nula. No existen áreas verdes, las pocas canchas deportivas son improvisadas. El comercio está circunscrito a numerosas misceláneas. Son zonas cercanas a basureros.

En contraste, lo que se observa en el estrato medio inferior es que, en general el exterior de las viviendas está limpio, pintado y con buenos terminados. La extensión del terreno es mediana, con servidumbre, cocheras para un vehículo, máximo dos. Pueden o no tener pequeños jardines al frente, pero el espacio es aprovechado como cochera. El alumbrado es suficiente y con mantenimiento adecuado. Se cuenta con cableado telefónico en toda el área y con teléfonos públicos. El abastecimiento de agua potable es suficiente incluso para jardines ornamentales públicos y no hay problemas de drenaje, aun en época de lluvias. Las calles están completamente pavimentadas generalmente con asfalto y presentan escaso bacheo. Hay señalamientos de tránsito visibles, banquetas medianas con césped y árboles o plantas ornamentales escasas. La circulación vehicular es regular, con vehículos de último modelo, pero de marcas económicas, si bien es posible observar también vehículos de lujo pero no de modelos recientes. El acceso del transporte público es sólo en las avenidas y calles principales. Existe mediana vigilancia municipal. Hay plazuelas de descanso, jardines de moderada extensión regularmente cuidados y pocos centros deportivos. En la zona se ubican tiendas de autoservicio (Gigante, Aurrera, Oxxo, etc.), mercados y pequeños comercios de diferentes ramos. Los condominios o unidades habitacionales por lo general están limpios y bien cuidados.

UMF-B.

Esta unidad se encuentra en la parte noroeste de la zona metropolitana de Guadalajara. Los límites de su área de influencia están definidos al norte por la colonia Bosques de San Isidro. Al sur con la calle condesa, Circunvalación y Atemajac; por el Oriente limita con la avenida Alcalde hasta el periférico norte y por el poniente con la carretera a Saltillo. En este espacio geográfico se localizan las siguientes colonias en las que vive su población derechohabiente, las cuáles son: Atemajac, Guadalupana, Benito Juárez, Auditorio, Santa Elena Alcalde, El Batán, Indígena, Villa de Guadalupe, Mesa Colorada, Santa Mónica, Arroyo Hondo, Miguel Hidalgo, Hacienda del Lazo, Los Camachos, Vista Hermosa, La Coronilla, Jardines del Country, Nueva España, Lomas del Refugio, Mirador, La Experiencia y La Higuera

El total de su población de adscripción es de 33 488 derechohabientes. Con un promedio de distribución adscrita a cada consultorio de 2576 pacientes y con un promedio de 1.15 beneficiarios por asegurado. La demanda de atención para el año 2003 fue de 30 474.08 que corresponde a 91% del total.

La estratificación socioeconómica de acuerdo con las mencionadas AGEB del INEGI clasifica a la población adscrita a esta UMF-B principalmente dentro de los sectores bajo medio y bajo inferior, al igual que la UMF-A. En este caso, las excepciones son la colonia Jardines del Country ubicada en el estrato medio y la colonia Arroyo Hondo clasificada dentro del estrato marginal. Por lo que sus calles, servicios y características de la vivienda son semejantes a las de la población adscrita a la UMF-A.

Características sociodemográficas de la población derechohabiente

Las principales actividades económicas a las que se dedica la población de ambas UMF corresponden al sector de los servicios, y le siguen en orden decreciente el sector secundario y finalmente el sector primario:

Cuadro 7. Porcentaje de actividad económica, comparativo por UMF.

ACTIVIDAD	UMF-A	UMF-B
S. Terciario	89.02	83.9
S. Secundario	10.58	14.9
S. Primario	0.4	1.2
TOTAL	100	100

Fuente: Codeis 2003.

Con respecto a la escolaridad, la población que atiende la UMF-A tiene un porcentaje más elevado que la población de la UMF-B. En la primera, el 53.5% alcanza el grado de secundaria completa en contraste con la UMF-B que tiene un porcentaje semejante pero hasta el sexto grado de primaria.

Cuadro 8. Porcentaje de escolaridad, comparativo por UMF.

NIVEL	UMF-A	UMF-B
PREPARATORIA Y +	8.30	2.90
SECUNDARIA	53.5	32.5
PRIM. COMPLETA	17.09	54.6
PRIM. INCOMPLETA	20.06	9.00
TOTAL	98.95	99.00

ALFABETIZACION %	UMF-A	UMF-B
ALFABETIZADOS	96.83	96.74
ANALFABETAS	3.17	3.10
TOTAL	100.00	99.84

Fuente: Codeis 2003.

Con respecto a los servicios de infraestructura sanitaria, los de ambas poblaciones son bastantes parecidos, la mayor proporción dispone de agua entubada y drenaje. En las viviendas predominan los techos de bóveda o concreto, con pisos de mosaico, concreto o sus derivados. Aunque la estadística muestra que las viviendas de la población de la UMF-A se encuentran en mejores condiciones.

Cuadro 9. **Servicios, comparativo por UMF.**

SERVICIO	UMF-A	UMF-B
AGUA POTABLE	95.3	92.5
DRENAJE	97.4	95.2
PISO TIERRA	3.4	7.3
TECHO LAMINA	2.3	5.6

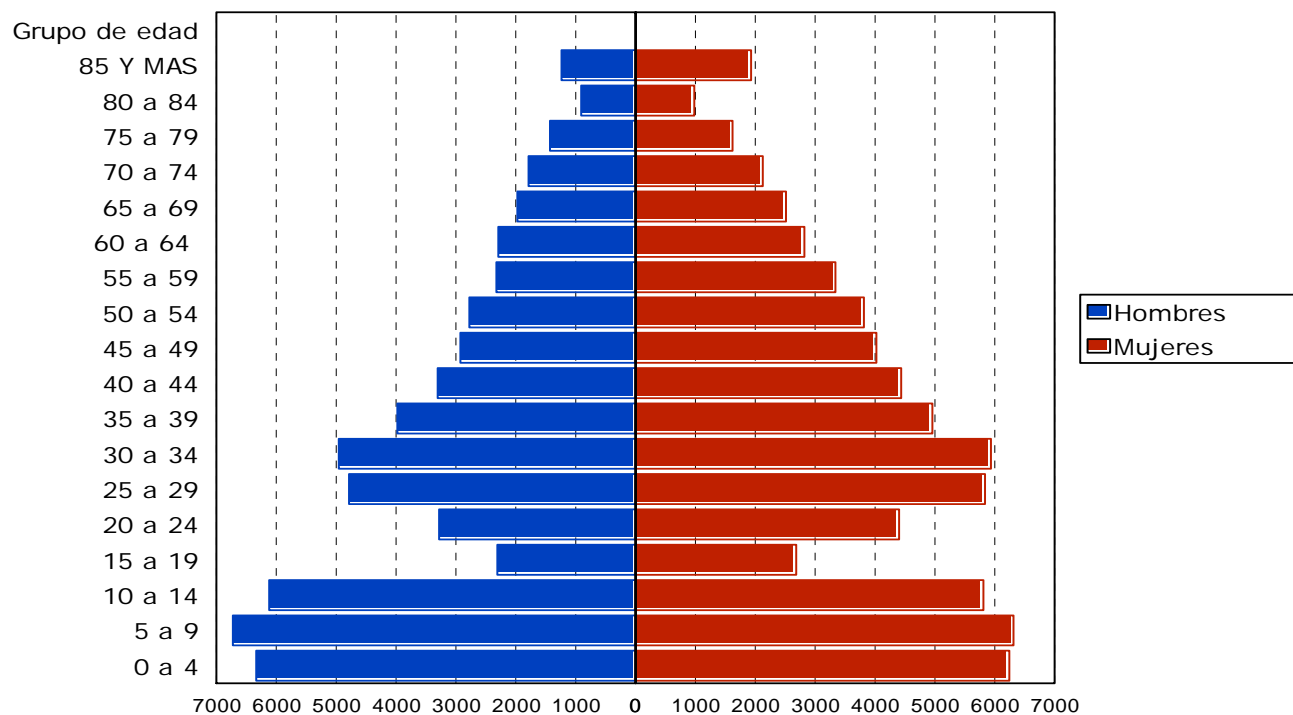
Fuente: Codeis 2003.

Pirámide de población.

A continuación se muestran las pirámides de población de ambas UMF.

UMF-A.

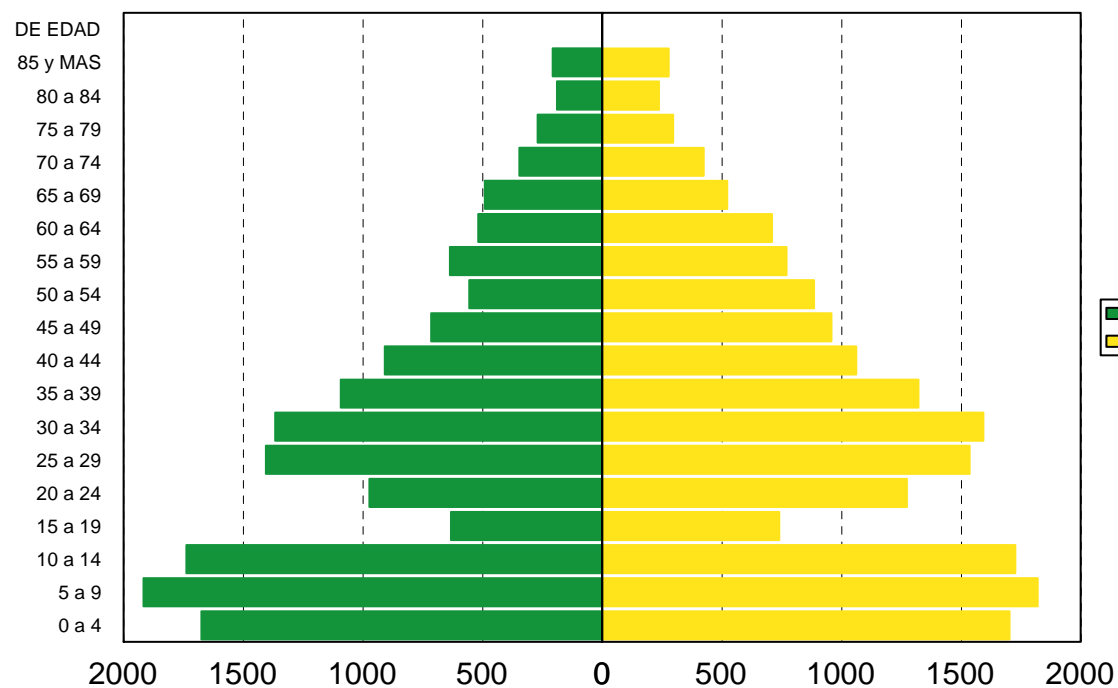
Gráfica 4. Pirámide poblacional UMF-A.



Fuente: Censo de Población adscrita a la UMF-A al 30 de junio del 2003. Datos de Archivo.

UMF-B.

Gráfica 5. Pirámide poblacional UMF-B.



Fuente: Censo de Población adscrita a la UMF-B al 30 de junio del 2003. Datos de Archivo.

En la distribución de las poblaciones de referencia se puede constatar que ambas pirámides poblacionales son muy semejantes. En las dos unidades los grupos mayoritarios son los comprendidos de los 0 a 14 años y los de 20 a 39 años de edad. Aunque en la UMF-B en contraste con la UMF-A, la diferencia entre ambos grupos es prácticamente mínima. Los grupos comprendidos entre los 0-14 años hacen un total de 10 578 derechohabientes, mientras que los de 20 a 39 son en total 10 561, con un claro predominio del sexo femenino. Sin embargo, es necesario aclarar que en ambos casos el hueco observado en la población adolescente se debe a que los trabajadores derechohabientes tienen como beneficiarios a sus hijos varones solo hasta los 16 años. Sobrevenida esta edad, el acceso al IMSS estará dependiendo de que el joven trabaje por su cuenta o compruebe que sigue estudiando, mediante la presentación semestral de su constancia de estudios. En el caso de las mujeres la situación es similar hasta los 18 años de edad. Otro dato que llama la atención es la cantidad de derechohabientes con más de 60 años. Este grupo de edad es importante, porque es el tiempo en que se manifiestan las enfermedades crónico-degenerativas con más frecuencia, (aunque éstas pueden comenzar mucho antes, considerando incluso una edad de detección oportuna de HTA desde los 25 años).

Cuadro 10. **Grupos de edad adulta, comparativo por UMF.**

GPO. EDAD	UMF-A	%	UMF-B	%
60-64	2293	3.96	519	3.60
65-69	1974	3.97	491	3.02
70-75	1757	3.03	397	2.35
75 Y MÁS	2574	6.27	679	4.42
TOTAL	8598	17.23	2086	13.39

Fuente: Codeis 2003.

Demanda de atención de hipertensión y diabetes

Los datos acerca de las principales enfermedades por las que acude la gente a buscar la atención en las unidades están organizados de acuerdo a la clasificación internacional de enfermedades. En los cuadros 11 y 12 se muestra el desglose de las 10 principales enfermedades por las que acude la gente a solicitar atención médica a estas UMF.

En los datos de demanda de atención general, tenemos que la hipertensión arterial ha sustituido en el primer lugar a las infecciones respiratorias agudas. Cambio que es común observar en este tiempo en el panorama epidemiológico de los servicios de salud. Además, dentro de las 10 primeras causas de motivos de atención la DM2 se ubica en el tercer lugar, desplazando incluso la supervisión del embarazo y las diarreas o enfermedades entéricas. Ambos datos dan idea de la importancia de los padecimientos en estudio en las UMF. Ahora bien, en el desglose por grupos de edad también resaltan datos interesantes. En el grupo comprendido entre los 20 a 59 años de edad (cuadro 13), tanto la HTA como la DM2 aparecen dentro de los tres primeros motivos de demanda de atención. En el caso de la UMF-B (cuadro 14), ocupan el primero y el segundo lugares respectivamente, en el caso de los hombres. En el caso de las mujeres la

supervisión del embarazo normal es mayor a la demanda de atención por diabetes en ambas clínicas.

Cuadro 11. **Demanda de atención general UMF-A (2003).**

No.	CAUSA	M	F	TOTAL	TASA
1	Hipertensión esencial	9293	21025	30318	234.6
2	Infec. Respiratorias agudas	13170	16766	29936	231.7
3	Diabetes mellitus 2	9279	13989	23268	180.0
4	Supervisión de embarazo normal	0	6802	6802	52.6
5	Diarrea y enteritis infecciosa	2372	3151	5523	42.7
6	Dorsalgia	2158	2617	4775	37.0
7	Trastornos del sistema urinario	1179	3126	4305	33.3
8	Epilepsia	1481	1399	2880	22.3
9	Examen Gral. de personas sanas	1358	1383	2741	21.2
10	Osteoartrosis	876	1856	2732	21.1

Fuente: Codeis 2003

Tasa X 1000. Población: 129 225

Cuadro 12. **Demanda de atención general, UMF-B (2003).**

No.	CAUSA	M	F	TOTAL	TASA
1	Hipertensión esencial	2813	5905	8718	260.33
2	Infec. respiratorias agudas	3135	4060	7195	214.85
3	Diabetes mellitus 2	2173	3422	5595	167.07
4	Supervisión de embarazo normal	0	2793	2793	83.4
5	Caries dental	567	1350	1917	57.24
6	Examen gral. de personas sanas	705	701	1406	41.98
7	Diarrea y enteritis infecciosa	584	667	1251	37.35
8	Dorsalgia	594	570	1164	34.78
9	Trastornos del sistema urinario	404	736	1140	33.74
10	Epilepsia	473	485	958	28.6
	SUMA TOTAL	11448	20689	32128	959.27

Fuente: Codeis 2003

Tasa X 1000. Población: 33 488

Cuadro 13. **Demanda de atención, comparativo en hombres de 20-59 años.**

No.	ENFERMEDAD	UMF-A		UMF-B		No.
		FREC.	TASA	FREC.	TASA	
1	HTA	3505	123.72	1029	133.31	1
2	IRA	5082	100.74	942	124.73	3
3	DM2	4294	95.43	962	125.73	2

Nota: Para este cuadro y los siguientes, HTA Hipertensión arterial. IRA Infección respiratoria aguda. DM2 Diabetes Mellitus tipo 2. SEN Supervisión de embarazo normal. OST osteoartrosis.

Cuadro 14. **Demanda de atención, comparativo de 20-59 años en mujeres.**

No.	ENFERMEDAD	UMF-A		UMF-B		No.
		FREC.	TASA	FREC.	TASA	
1	HTA	9540	259.85	2688	286.07	1
2	IRA	8865	237.99	1768	188.16	3
4	DM2	7137	198.17	1571	167.19	4
3	SEN	7642	207.90	2560	273.32	2

Fuente: Codeis 2003.

En lo que se refiere al grupo de 60 años y más los datos que se muestran (cuadro 15) evidencian como la HTA y la DM2 pasan a ocupar los dos primeros lugares en ambas clínicas.

Cuadro 15. **Demanda de atención, comparativo de 60 años y más.**

No.	ENFERMEDAD	UMFA		UMFB		No.
		FREC.	TASA	FEC.	TASA	
1	HTA	23317	107.87	4979	111.26	1
2	DM2	15911	75.6	3021	67.26	2
3	OST	2069	9.57	287	6.39	4
4	IRA	1331	8.16	342	7.61	3

Fuente: Codeis. 2003.

Tasa por 1000.

Motivos de defunción de la población de las UMF

La siguiente es la información general sobre las principales causas de muerte en cada UMF.

Cuadro 16. **10 Primeros motivos de defunción por sexo, todas las edades, UMF-A (2003).**

No.	CAUSA	M	F	TOTAL	TASA
1	Diabetes Mellitas 2	40	41	81	7.91
2	Enfer. pulmonar obstructiva crónica	16	23	39	3.22
3	Fibrosis y cirrosis del hígado	8	15	23	1.81
4	Infarto Agudo al miocardio	12	10	22	1.72
5	Hemorragia intracefálica	7	7	14	1.19
6	Enfermedad isquémica crónica	7	5	12	1.06
7	Insuficiencia renal crónica	6	6	12	1.06
8	Tumor maligno bronquios y pulmones	4	7	11	0.91
9	Neumonía	7	4	11	0.91
10	Trastorno vascular	4	6	10	0.82
	TOTAL	111	124	235	20.61

Fuente: Codeis, 2003

Tasa X 10 000 Población: 129 225

Cuadro 17. **10 Primeros motivos de defunción por sexo, todas las edades, UMF-B (2003).**

No.	CAUSA	M	F	TOTAL	TASA
1	Diabetes Mellitus 2	16	13	29	8.65
2	Neumonía	3	4	7	2.09
3	Insuficiencia renal crónica	4	1	5	1.49
4	Infarto agudo al miocardio	2	2	4	1.19
5	Tumor maligno de la mama	-	4	4	1.19
6	Enfer. pulmonar obstructiva crónica	3	1	4	1.19
7	Trastornos vasculares	2	1	3	0.89
8	Lesiones en accidentes viales	3	-	3	0.89
9	Neumonitis por hipersensibilidad	3	-	3	0.89
10	Otras enfermedades	3	-	3	0.89
	TOTAL	39	26	65	19.36

Fuente: Codeis, 2003

Tasa X 10 000 Población: 33 488

Al analizar estos cuadros es posible concluir que la primera causa de defunción es la DM2 para ambos sexos, y clínicas. Enseguida están las enfermedades pulmonares como la neumonía y las enfermedades obstructivas. En el caso de la UMF-A aparecen en tercer sitio las fibrosis y cirrosis hepáticas que son la principal complicación del alcoholismo. En la UMF-B este sitio está ocupado por la insuficiencia renal aguda, que puede ser una consecuencia tanto de la diabetes como de la hipertensión arterial, aunque significativamente es generada en principio como complicación de la DM2. En el cuarto sitio aparecen los infartos agudos al miocardio, que definitivamente tienen como antecedente principal la hipertensión.

La información por grupos de edad de los datos encontrados muestra en un panorama más específico, que la diabetes mellitus tipo 2 es la causa más importante de muerte en el grupo de 20 a 59 años para ambos sexos. En la UMF-A, la diabetes es la primera causa de muerte tanto en hombres como en mujeres. Seguida por la cirrosis, principalmente de tipo alcohólico. En tercer lugar los infartos directamente relacionados con la hipertensión. En el caso de los hombres, resaltan en el cuarto lugar, las hemorragias intracraneales, provocadas básicamente por los accidentes traumáticos. Y en el caso de las mujeres tenemos el cáncer de mama.

Cuadro 18. 5 Primeros motivos de muerte en hombres y mujeres de 20 a 59 años en la UMF-A.

No.	CAUSA	M	F	TOTAL	TASA
1	Diabetes mellitus 2	10	5	15	5
2	Fibrosis y cirrosis del hígado	4	4	8	2.5
3	Infarto agudo al miocardio	1	4	5	1.75
4	Hemorragia intraencefalica	4	0	4	1.4
5	Tumor maligno mama	0	3	3	0.8

Fuente: Codeis 2003

Tasa X 1000 Población: 28473

La UMF-B por su parte registra la insuficiencia renal en primer lugar, seguida inmediatamente por la diabetes. Llama la atención que en el caso de las mujeres, el cáncer de mama ha desplazado a otras causas incluido el cáncer del cuello del útero, se localiza en el tercer sitio y es de mayor importancia incluso, que el infarto agudo al miocardio. Mientras que con respecto a los hombres, los accidentes viales ocupan el tercer lugar.

Cuadro 19. 5 Primeros motivos de muerte en hombres y mujeres de 20 a 59 años en la UMF-B.

No.	CAUSA	M	F	TOTAL	%	TASA
1	Insuficiencia renal cónica	4	1	5	21.74	2.93
2	Diabetes mellitus 2	1	2	3	13.04	1.75
3	Tumor maligno de la mama	—	3	3	13.04	1.75
4	Infarto agudo al miocardio	—	2	2	8.70	1.17
5	Lesiones en accidentes viales	2	—	2	8.70	1.17

Fuente: Codeis 2003

Tasa X 1000 Población 17 052

Dentro de los motivos de muerte por grupo de edad lo acontecido en el grupo de los mayores de 60 años, que es el grupo poblacional que más interesa, se destaca como causa principal de muerte la DM2. Esta enfermedad supera de manera significativa en frecuencia a los otros motivos de muerte en las dos UMF y su presentación es mayor en el sexo femenino. Se encontró también que los padecimientos relacionados con el aparato respiratorio, como la neumonía y la obstrucción respiratoria crónica, le siguen en importancia.

Cuadro 20. 5 Primeros motivos de muerte en hombres y mujeres de 60 años y más, en la UMF-A.

No.	CAUSA	M	F	TOTAL	TASA
1	Diabetes mellitus	34	44	78	3.61
2	Neumonía	12	14	26	1.57
3	Infarto agudo al miocardio	11	10	21	0.97
4	Enf. pulmonar obstructiva crónica	6	12	18	0.83
5	Fibrosis y cirrosis del hígado	7	9	16	0.74

Fuente: Codeis 2003

Tasa X 1000 Población 8 598

Cuadro 21. **5 Primeros motivos de muerte en hombres y mujeres de 60 años y más, UMF-B.**

No.	CAUSA	M	F	TOTAL	TASA
1	Diabetes mellitus	15	11	26	57.8
2	Neumonía	2	3	5	11.12
3	Enf. pulmonar obstructiva crónica	3	1	4	8.9
4	Infarto agudo al miocardio	2	2	4	8.9
5	Neumonía debida a hipersensibilidad	3	-	3	0.67

Fuente: Codeis 2003

Tasa X 1000 Población 2 086

Conclusiones.

Una vez realizada la investigación de las UMF se identifican sus semejanzas y diferencias como parámetros de comparación. Se delimitaron la ubicación geográfica y las características sociodemográficas de la población estudiada y se analizó la presentación de un panorama de sus principales motivos de demanda de atención médica, y de defunciones. Los resultados encontrados a partir de la investigación de campo evidencian que aunque la población derechohabiente de ambas UMF está localizada en distintas áreas del Municipio de Guadalajara, fue posible observar que las características en cuanto al estrato socioeconómico, empleo, nivel de escolaridad y vivienda son semejantes. De igual manera, el análisis de los motivos de atención y de muerte de sus derechohabientes, arrojaron resultados bastante similares.

Es evidente que en la definición de los problemas de salud más relevantes sobresalen la diabetes y la hipertensión para ambas UMF. Tanto por ser las principales enfermedades de demanda de atención médica, como por ocupar los primeros lugares como motivos de muerte, principalmente en los grupos de edad por arriba de los 60 años, aunque ya se destacan también como problemas primordiales en los grupos de edad comprendidos entre los 20 a 59 años, con una frecuencia significativa en ambos sexos.

Hasta el momento hemos conocido al IMSS como Institución de salud en una trayectoria histórica. Se conoce la estructura del IMSS en Jalisco y nos adentramos en el paisaje de dos de sus UMF. Asimismo se cuenta con un panorama de los retos en el ámbito de la salud que significan los pacientes diabéticos e hipertensos, particularmente en la jerarquía de los problemas enfrentados en un primer nivel de atención.

Es el momento de empezar a conocerlos de cerca.

VI. SED Y POLIDIPSIA POLIURIA Y ORINADERA HAMBRE Y POLIFAGIA ENFERMEDAD Y PADECIMIENTO. MODELOS EXPLICATIVOS ENTRE MÉDICOS Y PACIENTES

Introducción.

En este capítulo se dan a conocer los modelos explicativos que los pacientes y los médicos participantes en esta investigación han elaborado acerca de la DM2 y la HTA. La teoría de los modelos explicativos se fundamenta en la propuesta de Kleinman (1980) para definir las formas en que los pacientes elaboran explicaciones sobre la enfermedad. La variante que se implementó en este trabajo es que se utiliza la propuesta de los modelos explicativos como una herramienta teórico metodológica aplicada no sólo a los pacientes, sino también a los médicos. Los resultados obtenidos evidencian que las formas de explicarse y entender la DM2 y la HTA conforman amalgamas de significados culturales sustentados en diversas vertientes. Lo que interesa en el contraste entre los conceptos de pacientes y médicos, es observar qué tanto se comparten y qué tanto son disímbolos entre sí. Se parte del entendido de que el marco conceptual biomédico se nutre de un proceso continuo de interacción, con las creencias y los saberes de los pacientes, a la vez que éstos retoman los conceptos de la explicación biológico lesional de la medicina.

Así, al igual que los pacientes, los médicos van construyendo un conglomerado simbólico de las enfermedades que tratan, con base a su experiencia clínica, la que se desarrolla en contextos socioculturales específicos, en este caso en un escenario institucional. Planteo que ambos, pacientes y médicos, interactúan compartiendo modelos explicativos concretos en una relación constante que se da durante los momentos de consulta. En este proceso de interacción el aprendizaje es mutuo y el conjunto de conocimientos, valores y creencias como un sistema de significados simbólicos, puede llegar a ser compartido. Se retoma de Foucault (1966) y de Good (1981), la premisa de que el conocimiento médico en particular se construye necesariamente en un proceso hermenéutico con el paciente.

Otro de los supuestos es, que, en la medida en que en el proceso de relación se pueda establecer un nivel de comunicación horizontal, es cuando es factible compartir de modo permisivo dichos modelos. Es decir, que al ponerse en un mismo plano, el médico puede identificar no sólo la sintomatología expresa del paciente, sino también las preocupaciones y percepciones que motivan la consulta. Al vincular los aspectos culturales de la enfermedad/padecimiento⁷ el conocimiento biomédico en la práctica clínica cotidiana puede tener mayor repercusión sobre el seguimiento en el largo plazo del paciente con enfermedades crónico-degenerativas, en este caso la HTA y la DM2.

Problematizando al paciente, pero también al médico

En las últimas décadas, con la aportación de las ciencias sociales, específicamente la antropología médica, se ha venido abriendo un interesante campo de discusión sobre los aspectos que involucran las conductas o los comportamientos dirigidos hacia la salud. El interés surge a partir de los cambios en la presentación epidemiológica de las enfermedades crónico-degenerativas y los retos que representan para la nueva salud pública. La tendencia en los estudios de investigación recientes, es problematizar al *paciente* que sufre cualesquiera de estas

⁷ Cuyas diferencias conceptuales se explicaron en el capítulo de fundamentos teóricos.

enfermedades. Se busca tratar de entender los significados y las motivaciones que sustentan sus conductas. Se estudian entonces sus maneras de explicarse la enfermedad, si tiene o no apego a los tratamientos establecidos, si realiza cambios o no en sus estilos de vida y si tiene o no un adecuado control de su enfermedad (Kleinman, 1973, 1974, 1978, 1988; Becker, 1974, 1975; Roter, 1979; Good, 1981; Fitzpatrick, 1990). Algunos autores como Hunt L. et al. (1998); Brown S. et al. (1998); Alcozer F. (2000) han realizado investigaciones a partir de la propuesta de Kleinman para hacer una sistematización y un análisis acerca de las percepciones que los pacientes tienen sobre la diabetes y la hipertensión. En ellas establecen que existen diferencias marcadas entre los modelos que los pacientes estructuran y los que a su vez tienen los proveedores de servicios en salud.

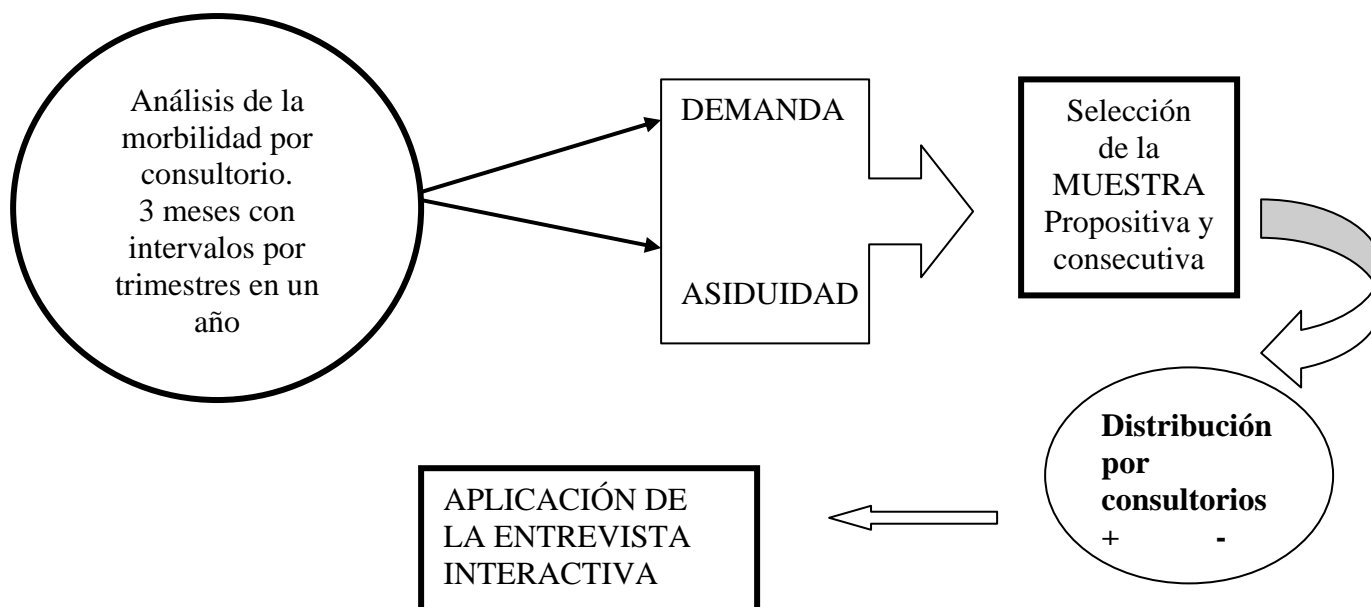
Una falla metodológica de estos estudios es que no se investiga el modelo que los profesionales de la salud utilizan en el contacto directo con el paciente. Así, dan por sentado que es el mismo que ha establecido la literatura médica y su fundamento científico. De hecho, Kleinman (1980) realizó la elaboración de su propuesta pensando en los pacientes y la diferenciación entre padecimiento (Eisenberg, 1977; Good, 1994), como la explicación desde la experiencia del paciente y enfermedad como la explicación desde la experiencia de la biomedicina. Pero de alguna manera está subsumiendo la primera en la segunda al plantear el análisis de los modelos explicativos a partir de la definición de causas, síntomas, tratamiento y complicaciones de las enfermedades. Sin embargo, aún con esta salvedad la propuesta es útil para el análisis, sólo que aplicada por igual a ambos actores sociales. Es por esto que en este trabajo se explora también el modelo explicativo de los médicos que atienden a pacientes diabéticos en un primer nivel de atención de las UMF del IMSS.

Estrategia aplicativa, explorando percepciones y significados acerca de la enfermedad/padecimiento

El objetivo central en este apartado es definir el modelo explicativo de los pacientes diabéticos y de los médicos que los atienden, contrastarlos y observar si la estructura del modelo cultural se comparte entre ellos. Una vez efectuados el análisis de las UMF, emprendí la revisión de cada una de las hojas de reporte de consulta diaria. Se registraron los diabéticos y los hipertensos que acudieron a consulta cada día durante un mes a cada consultorio. Se eligió un mes cada trimestre en el lapso de un año. Con esta información obtuve varios datos importantes para iniciar el trabajo cualitativo. Conocí por una parte, cuáles eran los consultorios de mayor y menor demanda de consulta para HTA y DM2; cuáles tenían también mayor y menor proporción de asiduidad a sus citas de control, y cuáles reportaban cifras de presión arterial y glucemias más acercadas a lo normal. Encontré que en la UMF-A esta práctica era efectuada por el médico de manera regular en casi todos los consultorios. Sin embargo, en el caso de la UMF-B la constante fue la falta de registro. Por ello, elegí entonces los contrastes entre los primeros criterios: asiduidad y demanda de atención, pero deseché el último: valoración de cifras tensionales y de azúcar en sangre. Es decir participaron en la investigación aquellos consultorios que tuvieron mayor y menor demanda de atención y aquellos que tuvieron los mejores y los peores números de pacientes diabéticos e hipertensos que acuden a su cita de control mensual.

En el esquema 1 se muestran los pasos metodológicos seguidos

Esquema 1. Metodología.



Para definir la cantidad de pacientes diabéticos e hipertensos que participarían en el primer acercamiento se recurrió a la aplicación de la fórmula de Feinsten (1977). Esta fórmula es útil dado que la muestra corresponde a una curva anormal, donde el comportamiento de los sujetos participantes es diverso y heterogéneo y no puede definirse de antemano, pero se conoce la prevalencia de sujetos con el problema, que eventualmente pueden acudir a solicitar un servicio por esta causa a las UMF.

Esta fórmula es la siguiente:

$$N = \frac{2pqJ_i}{\Delta}$$

Donde:

J_i = es un estadígrafo no paramétrico cuyo valor para 95% de confianza y 5% de error es de 3.84

2 = es constante

p = población A + población B / 2

q = 1 - p

Δ = pA - pB.

Al aplicar la fórmula para la UMF-A, el total de la muestra fue de 120 pacientes integrada por 60 diabéticos y 60 hipertensos que participaron distribuidos en seis consultorios. Para la UMF-B se obtuvo un total de 56 pacientes, 28 diabéticos y 28 hipertensos distribuidos en cuatro consultorios.

Con respecto a los médicos, se decidió entrevistar a todos los que fueran titulares en cada consultorio de las UMF. En la B ninguno de ellos rechazó participar en el estudio obteniendo un total de siete entrevistas. En la A en ocho de los 31 consultorios de medicina familiar, había un médico suplente en lugar del titular, por lo que no cumplía con el criterio de inclusión al no estar en contacto continuo con una población adscrita. Tres de los médicos titulares no aceptaron ser entrevistados, haciendo un total de 20 médicos que conformaron la muestra.

La entrevista estaba dirigida a explorar conocimientos, creencias y valores alrededor de la diabetes mellitus tipo 2 y de la hipertensión arterial. Se preguntó específicamente sobre los siguientes temas o dominios culturales:

- **Las causas**
- **Los síntomas**
- **El tratamiento**
- **El riesgo de complicaciones**
- **El autocuidado de su cuerpo.**

Estos dominios constituyen la propuesta de Kleinman (1980,1984). El autor ha trabajado particularmente en la comprensión social y cultural de las enfermedades. Su propuesta toma distancia relativa del modelo biológico-lesional de la medicina, para centrarse en una perspectiva antropológica del padecimiento. En el concepto biomédico la enfermedad se entiende como daño a órganos o sistemas del cuerpo humano, mientras que la antropología médica se interesa en los aspectos relativos a las maneras en que los pacientes construyen formas de explicarse patologías a partir de su experiencia. El padecer es lo vivido, lo sentido por las personas, que trasciende las fronteras del cuerpo individual hacia la familia y la sociedad (Helman, 1990; Good, 1994). Esa resignificación de la enfermedad en el padecimiento, es lo que interesa en una aproximación sociocultural, que conforma lo que Kleinman ha denominado *los modelos explicativos de la enfermedad*.

Una vez realizada la entrevista, se codificaron las respuestas en un primer acercamiento analítico definiendo las unidades de dato para cada elemento. Posteriormente, estos datos alimentaron un tipo de análisis subsiguiente, mediante la utilización del Antrophac como herramienta de análisis cualitativo asistido por computadora (ACAC). Este programa trabaja la información de los datos enunciados en el texto, en forma de *ítems* para desarrollar modelos semánticos, útiles para dilucidar la matriz conceptual de un modelo explicativo, que muestra la forma en que se organiza la experiencia subjetiva. Los modelos semánticos muestran en su estructura el nivel de conocimiento grupal y la razón de consenso cultural entre otros elementos. En este caso la información es acerca de los componentes del modelo que han conformado por un lado los médicos, y por el otro los pacientes, sobre la DM2 y la HTA. Los resultados del programa, mostraron alto grado de compatibilidad entre los informantes. Es decir, las diferentes estructuras conceptuales tuvieron mediciones con un grado de consenso cultural significativo de correspondencia. Los cuadros fueron elaborados con base en la información resultado del análisis elaborado por el ACAC. A continuación se presentan los detalles de lo encontrado.

Comparación analítica de modelos semánticos sobre diabetes mellitus tipo 2 entre pacientes y médicos

I. CAUSAS.

Para los pacientes, las cinco principales causas de DM2 son el coraje, el susto, la mala

alimentación, las preocupaciones y la herencia. Para los médicos son la herencia, la obesidad, el sedentarismo, la mala alimentación y el tabaquismo, igualmente enumerados en orden decreciente de importancia (tablas 1 y 2).

Tabla 1. **Modelo Semántico sobre causas de DM2 (PACIENTES).**

ITEM	FREQUENCY	RESP PCT	AVG RANK
1 CORAJE	31	62	2.516
2 SUSTO	30	60	1.900
3 MALA ALIMENTACION	19	38	2.211
4 PREOCUPACION	17	34	2.706
5 HERENCIA	15	30	1.600
6 ESTRES	13	26	2.000
7 GUSTO	12	24	2.667
8 OBESIDAD	7	14	2.000
9 TRISTEZA	5	10	1.600
10 FATIGA	3	6	2.667
11 ALCOHOLISMO	2	4	2.000
12 TABAQUISMO	2	4	3.500
13 EDAD	1	2	1.000
14 RENCOR	1	2	4.000
15 DEFICIENCIA ORGANICA	1	2	2.000
16 SEDENTARISMO	1	2	5.000
Total/Average:	160	3.200	

Consenso: 90.5% Razón de consenso: 17.24

Promedio de conocimiento grupal: 0.805

Desviación estándar: 0.064

Fuente: entrevista cualitativa.

Tabla 2. **Modelo Semántico sobre causas de DM2 (MÉDICOS).**

ITEM	FREQUENCY	RESP PCT	AVG RANK
1 HERENCIA	25	93	1.000
2 OBESIDAD	22	81	2.000
3 SEDENTARISMO	14	52	3.071
4 MALA ALIMENTACION	11	41	4.000
5 TABAQUISMO	4	15	4.750
6 ESTRES	4	15	5.000
7 DISFUNCION PANCREAS	4	15	2.500
8 ALCOHOLISMO	3	11	6.333
9 PANCREATITIS	3	11	6.000
10 DISLIPIDEMIA	2	7	5.000
11 FEOCROMOCITOMA	1	4	5.000
12 METABOLICA	1	4	5.000
13 RESISTENCIA INSULINA	1	4	5.000
14 SOBREPESO	1	4	2.000
15 INTOLERANCIA GLUCOSA	1	4	5.000
Total/Average:	97	3.626	

Consenso: 88.5% Razón de consenso: 10.36

Promedio de conocimiento grupal: 0.868

Desviación estándar: 0.073

Fuente: entrevista cualitativa.

Un primer elemento que sobresale en estos resultados es que, mientras que los pacientes señalan las emociones como detonadoras de la enfermedad, los médicos las ubican en aspectos considerados como factores de riesgo posibilitadores de la misma. Ambos relegan a un segundo término las fallas de tipo orgánico mencionadas con frecuencia significativamente menor, como se muestra en las tablas. Esta forma en que se configura el núcleo del modelo sobre las causas puede explicarse a partir de lo que médicos y pacientes observan durante su experiencia de padecer o de atender la DM2. Los pacientes relacionan la presentación de las emociones con la aparición de síntomas, por tanto, para ellos, éstas son la causa del problema. Mientras que los médicos las ubican en problemas como el tipo de alimentación, la obesidad, el sedentarismo etc.

Atendiendo al señalamiento teórico de Kleinman (*op. cit.*) de que los modelos explicativos se construyen en contextos socioculturales específicos, se realizó una sistematización de los momentos o situaciones biográficas que los pacientes ubican como los detonadores de la DM2, los cuales se exploran a profundidad en el siguiente capítulo. Por el momento solo haré referencia a que las circunstancias de la vida cotidiana que provocan “una impresión fuerte” o estrés emocional en los diabéticos y ante las que reaccionan con susto, coraje, preocupación o gusto están vinculadas a situaciones de: Alcoholismo del paciente o familiares; muerte de familiares cercanos; problemas de convivencia dentro de la red de la familia extensa donde juega un papel muy importante el chisme; enfermedades y/o urgencias médicas del paciente o familiares; problemas económicos; accidentes y/o situaciones de violencia en vía pública y estrés o fatiga por el trabajo.

Por otro lado, si se considera la premisa de que los médicos tienen a su vez una experiencia en la atención de la diabetes y una serie de relaciones contextuales, no extraña que las principales causas que se enumeran con respecto a este padecimiento no se refieran a las alteraciones de tipo orgánico o de disfunción anatomofisiológica especificados desde un marco conceptual biomédico. Si bien es innegable que los prestadores de servicios en salud cuentan con una capacitación específica en el campo de la medicina, en la práctica clínica cotidiana es posible que no se apeguen estrictamente a los dictados de la explicación biológica y retomen los aspectos socioculturales vividos alrededor de los padecimientos por los pacientes. Por lo que antes que las causas de disfunción metabólica, pancreática, las dislipidemias, la intolerancia a la glucosa o la resistencia a la insulina, el núcleo del modelo hace referencia a factores como la herencia, la obesidad, la vida sedentaria, las características de la alimentación, el uso del tabaco y el estrés. Estos son los factores que en su experiencia de tratar pacientes diabéticos, los médicos observan como preponderantes en la aparición de la diabetes. Para ellos el estilo de vida definido como los patrones colectivos de conducta orientados hacia la salud (Cockerham 2000), es fundamental, y establecen una relación causal directa entre prácticas de comportamiento perjudiciales para la salud y la aparición de las enfermedades.

Una diferencia entre ambos modelos es, que para el paciente son más importantes los elementos subjetivos como los sentimientos de coraje o susto, mientras que para los médicos, lo son los elementos que se podrían considerar objetivos, como la herencia, la obesidad o el alcoholismo. Pero analizando el conjunto de datos observados en las tablas notamos que esta diferencia es relativa, dado que se coincide en mencionar la herencia y la mala alimentación dentro de las cinco primeras causas y al estrés como la sexta en ambos casos. Así, se comparten en el núcleo, tres de las seis principales causas de la enfermedad.

II. SINTOMAS.

Con respecto a los síntomas, los pacientes señalan la sed, la orinadera, el hambre, el dolor de cabeza y el cansancio como los cinco principales. Mientras que para los médicos son: la

orinadera, la sed, el hambre, la debilidad y la pérdida de peso, en orden decreciente (tablas 3 y 4). Lo primero que llama la atención es que el modelo explicativo de pacientes y médicos, es coincidente y se comparten en su núcleo básico los síntomas descritos por la literatura médica (Gavin R. et al., 2000). Se ha descrito a la diabetes como la enfermedad de las cuatro P: poliuria (orinadera), polidipsia (sed), polifagia (hambre) y pérdida de peso. Aunque este último síntoma no se considera como relevante por los pacientes en cuyo caso ocupa el décimo lugar. Destaca también que en la estructura explicativa los médicos han interiorizado otros síntomas expresados por los pacientes en su modelo explicativo. De esta manera se manifiesta como algo compartido por ambos, la sintomatología referida al cansancio, la debilidad, el dolor de cabeza y el nerviosismo. Síntomas que no son mencionados como principales desde una explicación biomédica; en cambio son los que los pacientes refieren tener, y los médicos los han integrado en su modelo, convirtiendo en signo objetivo de DM2, el síntoma subjetivo del paciente.

Se observa que a pesar del predominio que puede tener la explicación de los síntomas desde la lógica de la disciplina científica, la experiencia de los médicos se expresa cuando en el séptimo sitio aparece que la enfermedad incluso puede pasar inadvertida (tabla 4). Este dato por sí mismo es un elemento interesante que se debe considerar. El hecho demostrado empíricamente de que existen diabéticos sin sintomatología, no es tan infrecuente y está replanteando ya lo que teóricamente se establece desde la explicación biomédica. En este apartado se puede advertir las formas en que ambos, médicos y pacientes hacen hincapié en las características en que se experimenta la DM2. Las coincidencias son significativas, los médicos en el momento de la consulta preguntan al paciente sobre orinadera, cansancio, debilidad, dolor de pies, mucha sed, etc., y aceptan sin mayor discusión que el paciente mencione que no siente nada a pesar de que sus valores de azúcar en la sangre estén elevados. Es interesante descubrir que los médicos han prestado atención a las formas de sentir o no sentir, de los pacientes, a sus expresiones subjetivas y a la manera de nombrar sus sensaciones.

Tabla 3. **Modelo Semántico sobre síntomas de DM2 (PACIENTES).**

	ITEM	FREQUENCY	RESP PCT	AVG RANK
1	SED	36	72	2.611
2	ORINADERA	32	64	3.000
3	HAMBRE	18	36	3.222
4	DOLOR DE CABEZA	17	34	2.294
5	CANSANCIO	15	30	1.933
6	MAREO	15	30	1.933
7	NERVIOSISMO	15	30	3.733
8	DEBILIDAD	14	28	2.286
9	BOCA SECA	10	20	2.500
10	PERDIDA DE PESO	9	18	3.444
11	ENOJO	6	12	4.000
12	NADA	6	12	1.833
13	DOLOR DE PIES	6	12	4.000
14	DEPRESION	4	8	4.000
15	DOLOR DE CUERPO	3	6	2.333
16	SUDORACION	1	2	2.000
17	IMPOTENCIA	1	2	3.000
18	COMEZON EN LA VAGINA	1	2	5.000
Total/Average:		209	4.180	

Consenso: 88.9% Razón de consenso: 13.6 Promedio de conocimiento grupal: 0.71
Desviación estándar: 0.072 Fuente: entrevista cualitativa.

Tabla 4. **Modelo Semántico sobre síntomas de DM2 (MÉDICOS).**

ITEM	FREQUENCY	RESP PCT	AVG RANK
1 ORINADERA	27	100	2.630
2 SED	27	100	2.444
3 HAMBRE	26	96	3.231
4 DEBILIDAD	14	52	2.786
5 PERDIDA DE PESO	12	44	4.000
6 CANSANCIO	11	41	3.364
7 INADVERTIDA	5	19	2.600
8 SOMNOLENCIA	2	7	4.500
9 NEURITIS	1	4	6.000
10 SINTOMAS DE COMPLICACIONES	1	4	5.000
11 DOLOR DE CABEZA	1	4	5.000
12 DOLORES ARTICULARES	1	4	5.000
13 MAREO	1	4	7.000
14 INFECCIONES RECURRENTES	1	4	5.000
Total/Average:	130	4.815	

Consenso: 86.9% Razón de consenso: 12.52

Promedio de conocimiento grupal: 0.760

Desviación estándar: 0.092 Fuente: entrevista cualitativa

III. TRATAMIENTO.

En cuanto al tratamiento, los pacientes mencionan como lo más importante a las pastillas, seguidas en orden decreciente por la dieta, la tranquilidad, el ejercicio y las plantas medicinales. Mientras que los médicos señalan como los cinco elementos principales, al tratamiento farmacológico que incluye las pastillas y la insulina, a la dieta, el ejercicio, bajar de peso y la tranquilidad. Se comparten del conjunto cuatro de los cinco *ítem* que conforman el núcleo básico de este modelo explicativo (tablas 5 y 6).

Tabla 5. **Modelo Semántico sobre tratamiento de DM2 (PACIENTES).**

ITEM	FREQUENCY	RESP PCT	AVG RANK
1 PASTILLAS	47	94	1.638
2 DIETA	44	88	1.977
3 EJERCICIO	15	30	2.733
4 INSULINA	13	26	2.308
5 NOPAL	7	14	2.286
6 PLANTAS MEDICINALES	6	12	3.167
7 TRANQUILIDAD	5	10	2.800
8 DISCIPLINA	3	6	4.333
9 NO ALCOHOL	2	4	2.000
10 JUGOS	2	4	4.000
11 NO FUMAR	2	4	2.000
12 EDULCORANTES	1	2	3.000
13 CONTROL PERIODICO	1	2	3.000
Total/Average:	148	2.960	

Consenso: 87.3% Razón de consenso: 10.854

Promedio de conocimiento grupal: 0.829

Desviación estándar: 0.095 Fuente: entrevista cualitativa.

Tabla 6. **Modelo Semántico sobre tratamiento de DM2 (MÉDICOS).**

	ITEM	FREQUENCY	RESP PCT	AVG RANK
1	FARMACOLOGICO	27	100	2.111
2	DIETA	20	74	1.650
3	EJERCICIO	16	59	2.375
4	BAJAR DE PESO	3	11	2.667
5	TRANQUILIDAD	1	4	1.000
6	CUIDADO DE PIES	1	4	4.000
7	ENTORNO FAMILIAR	1	4	1.000
8	APOYO PSICOLOGICO	1	4	3.000
9	EDUCACION	1	4	4.000
	Total/Average:	71	2.630	

Consenso: 78.7% Razón de consenso: 5.43

Promedio de conocimiento grupal: 0.806

Desviación estándar: 0.125

Fuente: entrevista cualitativa.

Ahora bien, el análisis del resto de los elementos a pesar de ser mencionados con menor frecuencia que los anteriores, nos muestra el grado de sincretismo que los pacientes entretejen en su búsqueda de *aliviar* su padecimiento, y la diferencia significativa con lo expresado por los médicos. Los pacientes aluden a una amplia gama de posibilidades terapéuticas que incluyen el nopal, las plantas medicinales, la homeopatía, la terapia psicológica, la educación y la información, las pastillas para los nervios y hasta la meditación trascendental, como opciones de tratamiento. Mientras que el panorama de los médicos es más restringido. Fuera de los componentes del núcleo básico, solamente *uno* del total de los 27 médicos entrevistados, consideró como parte del tratamiento el autocuidado, el apoyo familiar y psicológico así como la educación en salud.

De lo anterior se derivan pautas de análisis en relación con lo que se podría considerar como conductas seguidas ante los padecimientos crónico-degenerativos. Uno de los objetivos de este trabajo como ya se mencionó inicialmente es problematizar no sólo lo que el paciente concibe y hace alrededor del padecimiento, sino también lo que el médico piensa y efectúa con el paciente (en este caso diabético). Es relevante que en los apartados anteriores vemos tanto conceptos comunes compartidos como diferentes sobre la DM2. Pero concretamente, en lo que respecta al tratamiento, los médicos entrevistados dejan entrever un panorama más limitado de sus posibles acciones, lo que es aún más significativo si se considera que el contacto con el paciente es un proceso de largo plazo.

En las guías normativas para la atención de la diabetes mellitus tipo 2 (2002), está establecido que en el plan de tratamiento, se debe involucrar a la familia. Sin embargo, solamente *uno* de los 27 médicos entrevistados en las dos clínicas, lo mencionó. De igual forma, solamente *uno* de ellos consideró la educación y el apoyo psicológico como parte del tratamiento. Asimismo, los pacientes manifiestan que la tranquilidad, evitar el alcohol y el tabaco, son parte importante del tratamiento, pero los médicos no hacen ninguna referencia a esto a pesar de haber considerado el alcoholismo y el tabaquismo dentro de las causas.

IV. COMPLICACIONES

Los pacientes consideran como las principales complicaciones de la DM2 el daño renal, el daño a los ojos, las amputaciones y otros daños a los pies (como las úlceras e infecciones). Mencionan también el daño circulatorio que provoca la presión alta y los derrames o embolias cerebrales. Para los médicos las cinco primeras son el daño a los ojos, el daño renal, el daño a los nervios, el

daño vascular y la presión alta (tablas 7 y 8). Como vemos, se comparte básicamente el núcleo principal de ambos modelos, sobresaliendo el daño renal, el daño a los ojos y el daño a los pies. En torno a esta última complicación, existe una diferencia que pudiera ser solamente de carácter semántico, ya que mientras los pacientes hacen el señalamiento específico a las amputaciones como algo muy significativo, los médicos incluyen esta complicación junto con el pie diabético en el sexto lugar dentro del modelo.

Tabla 7. **Modelo Semántico sobre complicaciones de DM2 (PACIENTES).**

ITEM	FREQUENCY	RESP PCT	AVG RANK	
1	DANO RINON	34	68	2.206
2	DANO OJOS	31	62	1.903
3	AMPUTACION	24	48	2.583
4	DANO PIES	17	34	2.941
5	DANO CIRCULACION	12	24	2.167
6	DERRAME O EMBOLIA CEREBRAL	10	20	2.900
7	INFARTOS	5	10	1.800
8	MUERTE	5	10	2.200
9	HIPERTENSION	4	8	3.000
10	DANO NERVIOS	4	8	3.000
11	IMPOTENCIA SEXUAL	3	6	1.000
12	NO SABE	3	6	1.000
13	DANO DIGESTIVO	3	6	3.667
14	DEPRESION	1	2	2.000
15	COMA DIABETICO	1	2	1.000
16	INFECCION FRECUENTE	1	2	4.000
17	PERDIDA DIENTES	1	2	5.000
18	HIPOGLUCEMIAS	1	2	1.000
Total/Average:		161	3.220	

Consenso: 93.7% Razón de consenso: 28.36

Promedio de conocimiento grupal 0.840

Desviación estándar. 0.056 Fuente: Entrevista cualitativa

Tabla 8. **Modelo Semántico sobre complicaciones de DM2 (MÉDICOS).**

ITEM	FREQUENCY	RESP PCT	AVG RANK	
1	DAÑO OJOS	25	93	2.320
2	DAÑO RENAL	23	85	2.304
3	DAÑO NERVIOS	20	74	2.350
4	DAÑO VASCULAR	15	56	3.467
5	HIPERTENSION	6	22	3.667
6	PIE DIABETICO	5	19	4.600
7	DAÑO CARDIACO	4	15	5.500
8	COMA DIABETICO	4	15	2.250
9	DAÑO CEREBRAL	1	4	5.000
10	INFARTOS	1	4	4.000
11	HIPOGLUCEMIA	1	4	1.000
12	CETOACIDOSIS	1	4	2.000
13	NINGUNA	1	4	1.000
Total/Average:		107	3.963	

Consenso: 88.9% Razón de consenso: 14.56

Promedio de conocimiento grupal: 0.768

Desviación estándar. 0.139 Fuente: Entrevista cualitativa.

Una diferencia significativa es la mención de la muerte, que se encuentra en el octavo sitio en el caso de los pacientes. La experiencia de la cercanía de la muerte es algo que los pacientes tienen presente, en particular aquellos con antecedentes hereditarios positivos a diabetes. Empero, los médicos no la mencionan a pesar de que en el análisis de la mortalidad realizado en las clínicas aparece dentro de los primeros lugares. Del resto de los elementos algunos son semejantes en ambos modelos: los infartos y otros daños cardíacos, el daño cerebral, el coma diabético y las hipoglucemias. Sin embargo, al igual que en el modelo de tratamiento, los pacientes hacen referencia a partir de su experiencia a una serie de complicaciones no contempladas por los médicos. Así, se mencionan la depresión, la impotencia sexual, el daño digestivo, las infecciones frecuentes y la pérdida de los dientes, entre otras.

Llama la atención que en el momento de realizar la entrevista las personas que tenían más tiempo de ser diabéticos podían referir una mayor cantidad de complicaciones, así como también aquellos que estaban en contacto estrecho con familiares o amigos diabéticos con alguna complicación. El mayor grado de conocimiento sobre las complicaciones tiene relación directa con la referencia a las opciones del autocuidado para evitar llegar a padecer alguno de los problemas que se enumeraron. Estos resultados son reveladores si los contrastamos también con la definición que el comité de expertos sobre el diagnóstico y clasificación de diabetes mellitus (ECDCDM por sus siglas en inglés), propone luego de una revisión sistemática de información con los criterios de la medicina basada en evidencias:

La diabetes es un grupo de enfermedades metabólicas caracterizado por hiperglucemia provocada por defectos en la secreción de insulina, una acción defectuosa de la hormona o bien, la coexistencia de las dos condiciones anteriores. Los niveles elevados de la producción de glucosa hepática basal en presencia de hiperinsulinemia, es la causa primaria de hiperglucemia (Gavin R., et al. 2000:1).

En el informe del ECDCDM, se presenta una clasificación donde se habla de la herencia, del sobrepeso y la obesidad, de la edad, del sedentarismo, de las alteraciones en el metabolismo de las grasas, de la presencia o ausencia de diabetes en el embarazo o de haber tenido hijos con un peso mayor a 4.2 kg en el caso de las mujeres. Éstos son elementos considerados como los factores que se deben explorar para la valoración del riesgo de padecer DM2, desde una explicación biomédica. Por su parte la norma oficial mexicana (NOM), define a la diabetes como:

Una enfermedad sistémica, crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales, que se caracteriza por hiperglucemia crónica debida a la deficiencia en la producción o acción de la insulina lo que afecta el metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, proteínas y grasas. (NOM, 2002: 5).

En la misma norma, se define al factor de riesgo como:

El atributo o exposición de una persona, población o el medio, que estén asociados a la probabilidad de ocurrencia de un evento (op. cit.: 6).

En este sentido, vemos que lo que establece la NOM para la prevención y el manejo de esta enfermedad es el control de peso, la práctica de actividad física adecuada y una alimentación saludable. Los médicos entonces retoman estos factores de riesgo como causas directas de enfermedad, por ello, después del tratamiento farmacológico dirigen sus lineamientos de tratamiento hacia ellos. Es claro que las respuestas de los médicos están entretejiendo de manera sincrética una amalgama de conocimientos derivados de su contacto constante con los pacientes, por lo que van construyendo sus modelos explicativos en el transcurso de su experiencia, independientemente de lo establecido por el comité de expertos y la medicina basada en evidencias.

Ellos han observado que cada vez hay más diabéticos con una historia familiar de diabetes y que en su mayoría tienen sobrepeso u obesidad, consumen refrescos y alimentos con alto contenido en calorías, se vuelven sedentarios a determinada edad y viven cotidianamente situaciones comprometidas que los someten a estrés emocional constante. Consideran dentro de la sintomatología, sensaciones tan vagas y que pueden corresponder a innumerables patologías, como el mareo, el cansancio, la debilidad, la somnolencia, y en ocasiones reconocen estos síntomas como las únicas manifestaciones. Además de que un buen número de ellos señala que este padecimiento puede pasar inadvertido. Así, los aspectos de la experiencia vividos por los pacientes a partir de los trastornos de órganos y sistemas del cuerpo conformados por: *factores culturales que rigen la sensación, percepción y explicación de una experiencia desagradable* (Kleinman, Eisenberg y Good, 1978:252), son escuchados y retomados por los médicos al nombrar los síntomas fundamentales del núcleo en formas muy similares.

En cuanto al tratamiento de la DM2, los resultados presumen las formas en que los médicos pueden estar realizando una práctica médica con respecto a este padecimiento en las UMF exploradas. El comité de expertos señala que una vez que se ha corroborado el diagnóstico, el objetivo será lograr un buen control de la glucosa en sangre, inicialmente mediante dieta específica. Si esto no es posible, se iniciará un tratamiento farmacológico. Sin embargo, lo que se observa en los resultados es que el tratamiento farmacológico está ubicado en primer lugar, compartido incluso entre médicos y pacientes, en 100%, seguido en ambos casos de manera similar por la dieta y el ejercicio. Esto último en sintonía con los expertos que señalan la importancia para el tratamiento de formular un plan que proporcione una base para el cuidado constante del paciente, en particular sobre estos dos hábitos de su estilo de vida.

Comparación analítica de modelos semánticos sobre hipertensión arterial entre pacientes y médicos.

I. CAUSAS.

En la HTA, se observa un patrón muy parecido al de la DM2, solo que en este caso (tablas 9 y 10), la obesidad le gana a la herencia y este patrón no tiene un grado de consenso tan elevado como el de la diabetes. Un aspecto interesante es que el modelo lesional solamente es explicitado cuando aparece el daño renal en el décimo sitio de ambos modelos. Todo lo demás corresponde a lo que se concibe como factores de riesgo. Por ejemplo, el comité de expertos en la definición operativa de la HTA dice lo siguiente:

Se considera como HTA a las cifras de presión sistólica iguales o mayores de 140 mm de Hg y/o cifras de presión diastólica iguales o mayores a 90 mm de Hg, así como a cifras de presión arterial normales, en aquellas personas que están recibiendo medicación antihipertensiva. (White A., et. al., 1997).

Con respecto a la causalidad, los expertos reconocen que su proceso de inicio es multicausal ya que no es posible que una única causa pueda explicar las diferentes alteraciones que se producen. Es indudable que existen factores hereditarios predisponentes, pero no se sabe el mecanismo exacto de qué y cómo haga estallar a la HTA. Los expertos ponen principal atención al funcionamiento del sistema nervioso simpático y al del sistema renina-angiotensina aldosterona, que pueden explicar su fisiopatología. Por otro lado, la NOM (2000) dice lo siguiente:

La hipertensión arterial es la elevación sostenida de la presión arterial por alguna entidad nosológica, mayor o igual a 140 mm de hg (sistólica) y mayor o igual a 90 mm de hg (diastólica). (NOM, 2002:6).

En lo que respecta a la prevención primaria de la HTA, la NOM establece que el objetivo es evitar que se presente, o bien, se debe retrasar lo más posible su aparición y prevenir sus complicaciones. Para tal efecto, los factores de riesgo modificables sobre los que se debe actuar son: el control de peso, la actividad física adecuada y constante, la reducción del consumo de sal, alcohol y tabaco; la ingestión adecuada de potasio y una alimentación balanceada. Un dato importante desagregado de las definiciones anteriores, es que la HTA, como patología no está tan claramente definida como en el caso de la DM2. Es posible entonces, que la vaguedad de su definición revele algunos aspectos que se expresan en los modelos explicativos tanto de médicos como de pacientes. En la práctica se adopta una definición mucho más pragmática, que unos y otros construyen a partir de su experiencia a pesar de los cánones establecido por los expertos científicos clínicos, aun en el caso de los médicos.

Tabla 9. **Modelo Semántico sobre causas de HTA (PACIENTES).**

	ITEM	FREQUENCY	RESP PCT	AVG RANK
1	PREOCUPACIONES	31	62	2.581
2	CORAJE	21	42	2.190
3	ESTRÉS	18	36	2.111
4	ALIMENTACION	16	32	2.000
5	SUSTO	16	32	2.125
6	DEPRESION	10	20	3.300
7	OBESIDAD	8	16	1.750
8	FATIGA	7	14	2.286
9	HERENCIA	6	12	2.833
10	NO SABE	6	12	1.000
11	EDAD	4	8	1.750
12	GUSTO	4	8	1.500
13	MENOPAUSIA	3	6	3.333
14	PADECIMIENTO CARDIOVASCULAR	2	4	4.000
15	FALLA RENAL	2	4	4.000
16	DIABETES	1	2	1.000
17	ALCOHOLISMO	1	2	1.000
18	ALERGIA MEDICAMENTOS	1	2	5.000
19	SEDENTARISMO	1	2	2.000
	Total/Average:	158	3.160	

consenso: 92.9% razón de consenso: 17.904

promedio de conocimiento grupal: 0.835

desviación estándar: 0.068 Fuente: Entrevista cualitativa.

Tabla 10. **Modelo Semántico sobre causas de HTA (MÉDICOS).**

	ITEM	FREQUENCY	RESP PCT	AVG RANK
1	OBESIDAD	21	78	2.286
2	HERENCIA	18	67	1.278
3	ESTRES	14	52	3.214
4	SEDENTARISMO	9	33	3.333
5	ALIMENTACION	8	30	2.750
6	TABAQUISMO	8	30	3.125
7	DISLIPIDEMIA	5	19	2.600
8	ALCOHOLISMO	4	15	3.750
9	DIABETES MELLITUS	3	11	4.667
10	IDIOPATICAS	2	7	3.500
11	HIPERTIROIDISMO	1	4	3.000
12	DAÑO RENAL	1	4	1.000
13	DAÑO CARDIACO	1	4	2.000
14	EDAD	1	4	2.000
15	NEFROPATIAS	1	4	5.000
16	CARDIOPATIAS	1	4	6.000
17	ALTERACION SISTEMA RAA	1	4	8.000
	Total/Average:	100	3.704	

consenso: 91.4% razón de consenso: 17.311

promedio de conocimiento grupal: 0.822

desviación estándar: 0.085 Fuente: entrevista cualitativa.

II. SÍNTOMAS:

En cuanto a los síntomas (tablas 11 y 12), los elementos de ambos modelos son prácticamente los mismos. Se hace alusión al dolor de cabeza, el nerviosismo, el mareo, la debilidad y el ruido de oídos como los principales. Se encuentran grandes similitudes en los resultados. En esta enfermedad los síntomas son mucho más vagos y con frecuencia los pacientes los asimilan dentro de un patrón de normalidad, por lo que pasa inadvertida más fácilmente que la DM2. En la mayoría de las ocasiones el paciente se da cuenta de que la padece hasta que presenta una crisis hipertensiva; por lo regular el diagnóstico es médico corroborado con un monitoreo de las cifras tensionales. Posiblemente en este rubro en el que relacionamos padecimiento y enfermedad es donde más acuerdo exista incluso con lo expresado por el comité de expertos sobre el diagnóstico y clasificación de la hipertensión. Ellos señalan a los signos y síntomas de la HTA como inespecíficos, por lo que los síntomas pueden ser claros por su gravedad solo hasta que ya existen daños a diferentes órganos del cuerpo como el corazón, los riñones, los ojos o la circulación en general. De ahí la importancia de los programas de detección oportuna, pero más importantes son los dirigidos a evitar la presentación de las enfermedades.

Tabla 11. **Modelo Semántico sobre síntomas de HTA (PACIENTES).**

ITEM	FREQUENCY	RESP PCT	AVG RANK
1 DOLOR DE CABEZA	32	64	2.063
2 MAREO	20	40	2.400
3 NERVIOSISMO	19	38	2.368
4 DEBILIDAD	17	34	3.000
5 NADA	12	24	1.250
6 FALTA DE AIRE	11	22	2.909
7 PALPITACIONES	10	20	3.600
8 RUIDO OIDOS	8	16	2.750
9 TEMBLOR CUERPO	6	12	3.500
10 DEPRESION	6	12	3.333
11 SOMNOLENCIA	6	12	3.500
12 SUDORACION	5	10	3.000
13 VISION BORROSA	5	10	3.400
14 OPRESION DE PECHO	4	8	1.250
15 CONFUSION	4	8	2.500
16 NAUSEAS	4	8	3.000
17 BOCA SECA	3	6	3.667
18 DOLOR DE PECHO	2	4	3.500
19 INSOMNIO	2	4	2.500
20 IMPOTENCIA	1	2	1.000
21 SANGRADO DE NARIZ	1	2	1.000
22 DERRAME DE OJOS	1	2	5.000
Total/Average:	180	3.600	

consenso:93.4% razón de consenso:25.06

promedio de conocimiento grupal:0.841

desviación estándar: 0.067 Fuente: Entrevista cualitativa.

Tabla 12. **Modelo Semántico sobre síntomas de HTA (MÉDICOS).**

ITEM	FREQUENCY	RESP PCT	AVG RANK
1 DOLOR DE CABEZA	27	100	1.370
2 RUIDO DE OIDOS	18	67	2.444
3 MAREO	15	56	3.000
4 PALPITACIONES	9	33	4.111
5 FALTA DE AIRE	7	26	3.000
6 INADVERTIDA	6	22	3.167
7 TRASTORNOS VISUALES	6	22	3.000
8 DEBILIDAD	5	19	3.600
9 NERVIOSISMO	5	19	3.800
10 FATIGA	4	15	3.000
11 OPRESION DE PECHO	4	15	3.000
12 SANGRADO NARIZ	2	7	5.500
13 HINCHAZON DE PIES	2	7	3.000
14 NAUSEAS	2	7	2.500
15 DIVERSOS DAÑO OB	1	4	4.000
16 OPRESION PECHO	1	4	4.000
17 CANSANCIO	1	4	3.000
Total/Average:	115	4.259	

consenso: 89.2% razón de consenso: 14.322

promedio de conocimiento grupal: 0.785

desviación estándar: 0.0830 Fuente: Entrevista cualitativa.

III. TRATAMIENTO.

En lo que respecta al tratamiento (tablas 13 y 14), prácticamente sucede lo mismo que con la DM2. La utilización de medicamentos es la panacea y en segundo término acciones del comportamiento dirigidas hacia la modificación de conductas perjudiciales para la salud. Se vuelve a destacar la diversidad de posibilidades de tratamiento señalados por los pacientes en comparación con las que conforman el modelo de los médicos, por lo que no vale la pena redundar en esto, existe un abanico mayor de opciones que los pacientes utilizan en su búsqueda de alivio o en respuesta a su idea de encontrar la ansiada curación de la hipertensión. Es conveniente sólo remarcar que es el mismo médico el que señala la importancia del apoyo psicológico en los dos tipos de pacientes. También quién hace referencia al tabaquismo y el alcoholismo, además de la intervención sobre la dieta y el ejercicio. De la misma manera que en el modelo de tratamiento para la diabetes, tampoco en la HTA se hizo mención de la prevención primaria dirigida hacia las complicaciones.

Tabla 13. **Modelo Semántico sobre tratamiento de HTA (PACIENTES).**

ITEM	FREQUENCY	RESP PCT	AVG RAN
1 PASTILLAS	45	90	1.222
2 DIETA	38	76	2.474
3 TRANQUILIDAD	19	38	2.263
4 EJERCICIO	16	32	2.938
5 PLANTAS MEDICINALES	9	18	2.000
6 BAJAR DE PESO	4	8	2.000
7 HOMEOPATIA	3	6	2.000
8 TERAPIA PSICOLOGICA	2	4	3.500
9 INFORMACION	2	4	1.000
10 REPOSO	1	2	3.000
11 PASTILLAS PARA NERVIOS	1	2	4.000
Total/Average:	140	2.800	

consenso:88.2% razón de consenso:12.44

promedio de conocimiento grupal:0.816

desviación estándar: 0.113

Fuente: Entrevista cualitativa.

Tabla 14. **Modelo Semántico sobre tratamiento de HTA (MÉDICOS).**

ITEM	FREQUENCY	RESP PCT	AVG RANK
1 FARMACOLOGICO	27	100	2.481
2 EJERCICIO	16	59	2.063
3 DIETA	16	59	1.063
4 BAJAR DE PESO	3	11	2.333
5 TRANQUILIDAD	2	7	2.000
6 TERAPIA PSICOLOGICA	1	4	3.000
7 EVITAR FUMAR	1	4	3.000
8 EVITAR ALCOHOL	1	4	4.000
Total/Average:	67	2.481	

consenso:75.2% razón de consenso:3.659

promedio de conocimiento grupal:0.802

desviación estándar: 0.143

Fuente: Entrevista cualitativa.

IV. COMPLICACIONES.

Por último presento los resultados acerca de las complicaciones de HTA (tablas 15 y 16). En este aparatado los modelos son semejantes también, salvo el lugar que ocupan los infartos en cada uno. Existe un acuerdo en que los daños al riñón, al corazón, a la circulación general, a los ojos y las amputaciones son las principales complicaciones, compartiendo el núcleo básico del modelo. Si bien al igual que en la diabetes, una diferencia es la mención que se hace de la muerte, la que no es contemplada por los médicos. Otro dato que llama la atención es el desconocimiento de los pacientes sobre las complicaciones o riesgos de la HTA que en el modelo ocupa el quinto sitio. Aunque al explorar este dato en la entrevista ampliada, resultó que para los pacientes el término complicaciones es comprendido más bien como los riesgos que implica padecer una enfermedad de éste tipo, entonces es cuando se hace referencia a los daños sufridos en el cuerpo.

Tabla 15. **Modelo Semántico sobre complicaciones de HTA (PACIENTES).**

ITEM		FREQUENCY	RESP PCT	AVG RANK
1	INFARTOS	36	72	1.333
2	DERRAME O EMBOLIA CEREBRAL	26	52	1.885
3	MUERTE	13	26	2.231
4	DAÑO RENAL	10	20	2.100
5	NO SABE	7	14	1.143
6	DAÑO OJOS	4	8	1.500
7	TROMBOSIS	4	8	2.500
8	NERVIOSISMO	3	6	3.000
9	PARO CARDIACO	3	6	2.667
10	CARDIOPATIA ISQUEMICA	1	2	2.00
Total/Average:		107	2.140	

consenso:83.9% razón de consenso:8.69

promedio de conocimiento grupal:0.796

desviación estándar: 0.125

Fuente: Entrevista estructurada.

Tabla 16. **Modelo Semántico sobre complicaciones de HTA (MÉDICOS).**

ITEM		FREQUENCY	RESP PCT	AVG RAN
1	DAÑO RENAL	20	74	2.500
2	DAÑO CARDIACO	18	67	1.667
3	DERRAME O EMBOLIA CEREBRAL	16	59	2.188
4	INFARTOS	14	52	2.714
5	DAÑO OJOS	11	41	2.273
6	DAÑO VASCULAR	4	15	3.000
7	DAÑO CORAZON	2	7	2.000
8	PALPITACIONES	1	4	4.000
9	EMBOLIA O DERRAME CEREBRAL	1	4	1.000
Total/Average:		87	3.222	

consenso: 77.3% razón de consenso: 6.473

promedio de conocimiento grupal: 0.664

desviación estándar: 0.109

Fuente: Entrevista cualitativa.

Explicaciones argumentativas. Un sincretismo procesal entre enfermedad/padecimiento

Hasta aquí, he presentado una comparación entre los modelos explicativos de pacientes y médicos de los universos de estudio. En términos generales, se observa que tanto unos como otros elaboran en sus procesos vividos sus maneras particulares de entender estos padecimientos crónicos. Sobresale en primer lugar que los pacientes atribuyen las causas que los desencadenan a emociones sentidas en diversos ámbitos y situaciones de sus vidas. Mientras que los médicos, las ubican en lo que se define como factores de riesgo que los predisponen. Esta manera de ver la causalidad antes que ubicarla en el daño pancreático o en los sistemas que regulan la presión sanguínea en el cuerpo, en la lógica del modelo biológico-lesional es interesante, porque tiene relación con la perspectiva que el médico puede estar siguiendo en la dirección del tratamiento, como pudo cotejarse al analizar los elementos de ese apartado. La consideración de los factores de riesgo ha trascendido hacia los pacientes que ya los mencionan como parte de su modelo explicativo.

El sentido dialéctico se observa también cuando se analiza lo referido a los síntomas. En este rubro, los médicos han incorporado la sintomatología inespecífica que puede corresponder a múltiples patologías, pero que es lo que los pacientes manifiestan sentir, adoptando un modelo sincretico en este sentido. Sin embargo, en cuanto al tratamiento, el sincretismo de los pacientes rebasa con mucho el modelo seguido por los médicos, pues en su búsqueda de alivio, los pacientes han elaborado un modelo muy amplio donde se refleja la idea sobre los padecimientos que integra más aspectos de los que el médico considera. Esta tendencia tiene relevancia si se considera el contexto institucional donde se desarrolla la atención, puede estar pesando lo que institucionalmente es una exigencia dirigida hacia el médico de consulta externa acerca del adecuado *control* del paciente. El tan buscado *control* se reduce a que los pacientes tengan una *medida normal* de glucosa y una medida normal de *presión arterial*. Para lograrlo se recurre a los medicamentos en primer lugar, posteriormente a la dieta y luego al ejercicio. El trabajo de la práctica médica institucional aparentemente lleva ese rumbo. Entonces ¿dónde quedan el sentido de bienestar del paciente y la prevención primaria de las complicaciones?

Conclusiones.

Hemos visto cómo los pacientes y los médicos de las UMF estudiadas estructuran modelos explicativos de la DM2 y la HTA. Se hizo un contraste con las definiciones establecidas por la medicina basada en evidencias y lo establecido como pautas y normas a seguir respecto a los padecimientos establecidas en la Norma Oficial Mexicana. De los resultados obtenidos se destaca que los modelos explicativos de médicos y pacientes tienen diferencias pero sobresalen semejanzas entre sí. En una mediación constante entre pacientes y profesionales de la salud se puede construir un silogismo que comparte presupuestos.

Los modelos explicativos de la DM2 y la HTA como enfermedad/padecimiento pueden ser construcciones culturales compartidas en un vaivén entre creencias, mitos, costumbres, valores, conocimientos y lineamientos biomédicos. Éstos resultan de una serie de experiencias que confluyen en la necesidad de la atención, seguimiento y prevención de los padecimientos y sus complicaciones. Todos ellos presentaron razones de consenso significativas menores a tres y promedios de conocimiento grupal superiores a 0.66. Lo cual indica un consenso cultural sólido entre los grupos analizados, que muestra, que efectivamente una de las particularidades del

conocimiento médico es que se construye necesariamente en un proceso hermenéutico con el paciente. Es por ello que existen diferencias y similitudes entre ambos. Unos y otros elaboran sus maneras particulares de entender la enfermedad/padecimiento en un contexto de vida que los interrelaciona en procesos en el largo plazo propiciando un sincretismo, producto de la experiencia compartida.

Las formas en que los modelos explicativos se traducen en patrones de comportamiento, son la traducción concreta de este sistema simbólico o matriz estructurada para darle sentido a la vida que transcurre entre la diabetes y la hipertensión. Desde una visión antropológica, la inquietud estriba en preguntarse cuáles son las motivaciones de ambas partes en el momento en que interactúan. Es decir, qué de lo mencionado por unos y otros alrededor del tratamiento pudiera deducirse como lo más importante. Es posible que el paciente esté interesado en la búsqueda de una curación, o por lo menos algo más acercado a ella para aliviar sus síntomas, recobrar su sentido de *estar sano* o un equivalente al bienestar, utilizando diferentes alternativas que pueden ir desde las pastillas hasta la meditación trascendental. Mientras que tal vez, los médicos estén interesados en llegar a un diagnóstico preciso que le dé confianza para posteriormente prescribir el medicamento idóneo. Su intención puede ser tratar de lograr un *buen control del diabético, o del hipertenso*, dado que tiene la certeza de estar tratando un padecimiento crónico-degenerativo que no se cura, sólo se estabiliza.

Es posible que tal certeza no sea compartida por el paciente, particularmente en los inicios de su diagnóstico. En muchas ocasiones se puede pasar por alto el sentido del bienestar del paciente y ubicar el objetivo de la consulta en las cifras de la glucosa en sangre y las cifras tensionales. De ahí que la atención se dirija hacia las modificaciones de lo que tiene a su alcance, como son los hipoglucemiantes orales, la insulina, o los medicamentos antihipertensivos. En otras palabras, los datos sobre los modelos explicativos de la enfermedad cobran importancia cuando se piensa en la repercusión que pueden tener en el momento en que se puede trascender de la concepción de enfermedad hacia la de padecimiento. Cómo se manejan los conceptos construidos acerca de las conductas y las pautas que se deben seguir en el proceso de seguimiento de los pacientes diabéticos e hipertensos es tema de los siguientes capítulos.

VII. ESPACIOS Y TIEMPOS DE VIDA ACTUALES. ENVEJECIMIENTO Y ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS

*Si te llevo en mí prendida
Y te acaricio y escondo;
Si te alimento en el fondo
De mi más secreta herida;
Si mi muerte te da vida
Y goce mi frenesí;
¿Qué será muerte de ti
Cuando al salir yo del mundo,
Deshecho el nudo profundo,
Tengas que salir de mí?*

Xavier Villaurrutia.

Introducción.

En esta parte de la tesis, mi objetivo es mostrar la importancia de centrarse en la vida cotidiana de los pacientes y las formas en que se va construyendo una experiencia de vida como hipertensos o diabéticos. Pero... ¿qué partes de la vida cotidiana y de las biografías de los pacientes es conveniente circunscribir al analizar HTA y DM2 como padecimientos?

Retomo aquí uno de los aspectos problemáticos de mi investigación para plantear que, dado que se trata de enfermedades características de la vida moderna su contemporaneidad como ya lo mencioné imprime retos importantes a las instituciones, sobre todo en los aspectos preventivos y de promoción a la salud. Mis argumentos se esgrimen en dos sentidos, por un lado la relevancia epidemiológica que éstos tienen en la temporalidad actual, lo que fue demostrado al hacer el análisis de las UMF; y por otro, la importancia de lo que llamo los detonadores sociales de los padecimientos tanto en el inicio como en el transcurso de su evolución.

En un mundo moderno las enfermedades crónico-degenerativas son expresiones de los cambios demográficos, pero también de los cambios en los patrones y estilos de vida. En estas enfermedades el proceso de envejecimiento de la población va de la mano con el conjunto de factores generadores de estrés que las favorecen. Mismos que en analogía con las enfermedades infectocontagiosas sustituyen a los microbios y vectores infectantes. En los inicios de la década de los noventa Bury (1991) señalaba que la experiencia del padecimiento crónico se debe seguir en los múltiples y complejos efectos que éstos tienen en la vida cotidiana de las personas. Explica cómo un modelo unidimensional centrado sólo en los aspectos biomédicos de la historia natural de la enfermedad no refleja la diversidad de la experiencia de los pacientes ni la forma activa de su participación para atenderse y entenderse en el proceso de padecer una enfermedad crónica. La visión teórica y conceptual para su estudio debe ser multidimensional e integrar los elementos del contexto social.

En el capítulo anterior se conoció la muestra de pacientes y los médicos que los atienden en las UMF. Se exploraron y analizaron las formas de explicarse las causas, los síntomas, el tratamiento y las complicaciones de los padecimientos siguiendo el modelo explicativo de la

enfermedad propuesto por Kleinman (*op. cit.*). Así como también el análisis comparativo de los modelos semánticos configurados mediante la utilización del Anthropac.

El acercamiento al análisis de las construcciones elaboradas en torno a la explicación del padecimiento se apoya teóricamente en una perspectiva de interpretación a partir de la antropología cognitiva, el interaccionismo simbólico, la fenomenología y el constructivismo social. Un aspecto fundamental que resaltó al hacer el análisis de médicos y pacientes en este trabajo de investigación, es que por un lado existe una diversidad de pensamientos enunciados en los distintos dominios que conforman los modelos explicativos. Pero también se observó que muchos de los elementos que los constituyen son compartidos entre ambos, cuando se esperarían modelos disímboles entre sí, como los encontrados por varios autores: Hunt L., et. al., (1998), Brown S., et. al., (1998), Alcozer F., (2000) e incluso el mismo Kleinman.

Sobresale por ejemplo la consideración del uso de medicamentos como la panacea del tratamiento de diabetes e hipertensión, expresado como un común acuerdo tanto por pacientes como por médicos. Sin embargo, una vez que se han definido los consensos culturales que manejan estos pacientes y sus médicos con sus semejanzas y diferencias, se requiere pasar a otro momento de reflexión y análisis. Los modelos explicativos de la enfermedad encontrados pueden ser más útiles si nos conducen a consideraciones interesantes acerca de los factores o elementos de los contextos sociales (Kleinman 1978, 1980), donde fluyen las concepciones que los integran. Así pues, es necesario dar el siguiente paso para entender cómo estas formas de explicación se van construyendo a lo largo del tiempo en un camino recorrido en diferentes escenarios.

El primer acercamiento a los 176 pacientes de estas clínicas me permitió conocer sus características sociodemográficas. La mayor parte de los entrevistados son mujeres entre 49 y 83 años, pertenecientes a un estrato socioeconómico medio inferior y con un nivel educativo en promedio de primaria completa. Ellas y ellos tienen ideas, conceptos y valores alrededor de la diabetes y la hipertensión. Ahora mostraré los resultados del trabajo de campo a profundidad con los pacientes y los médicos elegidos para esta faceta de la investigación.

Experiencia, identidad y conceptos sobre el cuerpo. Viviendo con un padecimiento crónico degenerativo

Durante el tiempo en que estuve en contacto cercano con los pacientes y los médicos de las clínicas me di cuenta de que en la primera fase de la investigación había logrado entender una especie de culminación de un proceso. Un llegar a puerto después de una larga travesía. Tenía en mis manos el resultado de una experiencia de ambos, pero no conocía los vericuetos, los trabuques, los andares, de cada uno, para construir sus formas de entenderse a sí mismos y los padecimientos. Sabía que los pacientes se dan cuenta de la presencia en su cuerpo de la diabetes o la hipertensión, pero no sabía cómo se establece una conciencia clara de ser diabético o hipertenso. Cómo se modifican los conceptos, valores y creencias a lo largo del tiempo.

No conocía tampoco las consecuencias de los padecimientos en su vida diaria ni cómo las enfrentaban. Qué dificultades tenían para seguir una prescripción médica ni tampoco las que tenían para realizar cambios en sus hábitos de vida. Y cómo podía influir la red de relaciones sociales en su acontecer cotidiano, incluida su experiencia de búsqueda de atención y su contacto con los profesionales de la salud. Necesitaba entender no solamente la vivencia de los síntomas desde el punto de vista biomédico, sino la integración de esos estados emocionales, objetivados como causalidad de los padecimientos en un contexto cotidiano de vida. Había que entender

también el sincretismo de la conducta hacia diversas alternativas de tratamientos que emerge de manera tan sugestiva en el modelo explicativo.

Se trata pues de comprender al individuo y su relación con la sociedad desde la vivencia de la cronicidad de una enfermedad. Pero no desde la enfermedad en sí, sino desde la perspectiva del paciente. Es decir, cómo el padecimiento trasciende el plano individual hacia las esferas de la dimensión social (Good, 1994), cómo se conforman los aspectos de reorganización y refiguración del individuo inmerso en sistemas de relación latentes alrededor de él como parte de la función del juego de relaciones en los procesos de la interacción social.

En este sentido, para orientarme en la búsqueda de un procedimiento que me permitiera analizar los datos obtenidos en el acompañamiento de los pacientes diabéticos e hipertensos en su acontecer cotidiano, elegí tres categorías analíticas: la primera fue la de la experiencia, la segunda fue la de identidad y la tercera la concepción acerca del cuerpo y su autocuidado. A partir de la significación de la experiencia se pueden reproducir o transformar significados y prácticas sociales en la vida cotidiana, según Schutz (1974) y Heller (1985), la experiencia es una dimensión temporal explícita de lo que se ha vivido a través (Turner y Brunner 1986), que permite elaborar una noción o concepción de la vida mediante la cual se significa el comportamiento.

La identidad es una estructura organizadora que permite a los individuos no sólo adquirir conciencia de sí mismos, sino de los otros en una relación dialéctica individuo/sociedad (Berger y Luckman *op. cit.*). Además, esta noción, se conforma de una serie de relaciones y representaciones sociales que son cambiantes, movibles y potencialmente transformadoras (Melucci 1982, 1996; Touraine 1992; Giménez 1993, 1995); por lo que es factible llegar a una fusión de la identidad con un diagnóstico (Estroff 1993).

El cuerpo, es a la vez el contenido y el continente de la experiencia, es donde se expresa la identidad o identidades con las que se está y se actúa en el mundo. Un mundo moderno, complejo y cambiante (Giddens, 1995) ante el cual, el cuerpo reúne y vincula en una relación dialéctica lo físico y lo anímico, las emociones, las capacidades y las habilidades; con él vivenciamos la multiplicidad de las situaciones cotidianas y a tal punto es el espacio de la conducta, que resultan inseparables la personalidad y la identidad (Aisenson, 1981).

Este capítulo es una propuesta para entretrejer estas categorías conceptuales acotando de antemano la flexibilidad de su manejo, pues gracias a eso pude utilizarlas como herramientas de análisis dada la diversidad de los datos encontrados de manera empírica. El telón de fondo es la vida cotidiana en un mundo moderno y globalizado.

Procesos socioculturales de riesgo para diabetes e hipertensión

En la actualidad, la forma urbana de vivir en la modernidad ha generado una serie de condicionantes que favorecen la presentación de enfermedades crónico-degenerativas. Si bien, los procesos de envejecimiento físicos conducen al desgaste de los órganos y sistemas del cuerpo aumentando la factibilidad de padecer HTA y DM2, es conveniente también sopesar los diferentes aspectos de las relaciones sociales y las características de los escenarios temporoespaciales de convivencia social que contribuyen a la presentación o agravamiento de estos padecimientos. En este sentido, podemos hacer una diferenciación heurística para ubicar los factores primordiales que interesan de la vida de las personas con diabetes o hipertensión, en tres espacios.

Espacio del trabajo.

El primero de ellos se refiere al conjunto de generadores de tensión derivados del espacio del trabajo, donde se ubica al individuo posicionado en un rol o estatus que depende de su ocupación, su salario, su categoría o cargo y su grado de educación formal. Estos elementos influyen de manera directa en la conformación de un estilo de vida. De las diferentes formas de su ejercicio, resulta una serie de estresores sociales como pueden ser las restricciones económicas derivadas del salario y el tipo de empleo, el volumen de trabajo, el ambiente de exigencia laboral, el sometimiento a rutinas desgastantes, el desplazamiento desde su hogar al centro de trabajo, los horarios establecidos en el empleo, las posibilidades de tiempo libre para el descanso y la recreación, etcétera. Es común que el estrés permanente que se establece en el espacio del trabajo, debido a las relaciones de autoridad, al nivel de exigencia y al compromiso laboral se traduzcan en situaciones desfavorables para el cuerpo, tanto física como mentalmente. Existe una relación directa entre estos factores y la presentación o agravamiento de la HTA principalmente (Dressler 1991).

Espacio del consumo

Es cada vez más palpable que una de las características de la globalidad, son los cambios en los patrones de consumo que los nuevos procesos de acumulación de capital han provocado. El úsese y tírese comienza a ser parte de la cotidianidad de nuestras vidas. La sociedad de consumo (Appadurai 2001, Giddens 2000) ha modificado entre otras cosas una de las necesidades fundamentales de los seres humanos como lo es la alimentación. México es el segundo país consumidor de refrescos en el mundo, la comida rápida y los microondas empiezan a sustituir a las verduras frescas y al comal tradicional. Los embutidos, los conservadores y los aditivos de los alimentos procesados son una fuente de sodio, grasas saturadas y carbohidratos simples refinados en abundancia. Estos componentes son potenciadores de reacciones enzimáticas y bioquímicas que alteran el funcionamiento del metabolismo y los procesos celulares del cuerpo, favoreciendo en particular la presentación de HTA y DM2.

Como sucede generalmente, el consumo tiende a la habituación vía la repetición. En cualquier conjunto de prácticas de consumo se pueden construir disciplinas periódicas, particularmente las centradas en la alimentación, el trabajo y el descanso, pues tienen la función de estructurar los ritmos temporales sobre las que se van a armar y organizar patrones de conducta y regímenes sobre el cuerpo (Appadurai *op. cit.*, Giddens, 1991)

Ahora se pueden moldear las disciplinas corporales hacia patrones de vida patológicos. El cigarro y el alcohol se presentan en los medios de comunicación masiva como símbolos de distinción, estatus y poder. La televisión, los DVD, las computadoras y su red de INTERNET, y hasta el mal uso del automóvil nos van convirtiendo en personas cada vez más sedentarias. Pasamos horas y horas frente a un aparato electrónico, sin compensar las necesidades de movimiento corporal con hábitos adecuados de ejercicio. En este mismo espacio quedarían comprendidos todos aquellos artículos que mal utilizados favorecen el consumismo a través de la publicidad creando y recreando las necesidades de acuerdo con los caprichos de la moda.

Espacio familiar y la red de relaciones sociales

Un tercer elemento que se constituye en factor de estresores sociales para la expresión de las enfermedades crónico-degenerativas, lo constituyen el espacio familiar y la red de relaciones sociales. Básicamente es en este espacio, donde el individuo enfrenta la integración y la congruencia de su proyecto personal con las restricciones y oportunidades del mundo de la vida

social (Beck 2000). Qué tanto la persona está integrada a un ambiente favorable donde pueda desarrollar sus propias expectativas es un factor decisivo para encontrar congruencia entre sus proyectos personales con las expectativas generadas y compartidas en un grupo social. Una vida saludable se constituye por el desarrollo integral de los aspectos físicos, intelectuales y espirituales del individuo. Éstos se construyen fundamentalmente alrededor de su entorno de relación más inmediato que es la familia. La satisfacción personal, los hábitos de la dieta, el ejercicio, el uso de tabaco y alcohol, el tiempo destinado al descanso y las acciones destinadas al autocuidado del cuerpo, forman parte de patrones conductuales conformados durante días, meses y años en conjunción con otros de su entorno. Los regímenes corporales y los patrones de conducta son expresiones de las decisiones individuales alimentadas por el espacio familiar, la relación con amigos, compañeros de trabajo, y con la membresía a asociaciones de tipo civil o religioso que configuran los espacios de relación social de las personas con los que se comparte una visión del mundo (Haroway, 1993).

En conjunto, estas tres dimensiones que se desenvuelven en sus respectivos espacios, permiten reconocer los principales elementos que están moldeando los estilos de vida como esas formas de regir colectivamente una conducta con orientaciones específicas dirigidas a beneficiar o a poner en riesgo la salud (Lalonde, 1994; Cockerham, 1982; Etkin, 1988). De tal forma que pueden constituirse en determinados momentos, en desencadenantes de enfermedades crónico-degenerativas. A partir de estas consideraciones se pueden visualizar las restricciones de tipo económico expresadas en el salario y el empleo; la diversidad en el comportamiento individual relativo a una concepción acerca de las necesidades, las expectativas, la posición o estatus social reconocido; así como también los conocimientos, las ideas y creencias, que se construyen de manera compartida con el grupo social de pertenencia en torno a la salud.

En la literatura médica se ha llegado al acuerdo internacional de que las personas pueden tener de manera individual una serie de factores de riesgo, que los hacen presumiblemente más vulnerables para llegar a desarrollar diabetes o hipertensión. Con el señalamiento de Lalonde (*op.cit.*) acerca de la participación de los estilos de vida como un factor determinante de la salud, es que se integran en el esquema los factores de riesgo que se originan en los hábitos de vida que se construyen socialmente. Una consideración al concepto de factores de riesgo desde la epidemiología crítica (Breilh, 2003), es que la categoría factor de riesgo encierra en su definición la idea de ser un evento casual al que se le considera esencialmente como una posibilidad o probabilidad. La rigidez de esta concepción restringida a la idea de contingencia, no permitiría distinguir que en la generación de condiciones para la salud, algunos factores son permanentes, mientras que otros son discontinuos en el tiempo y, otros más, sólo tendrán un carácter eventual. Se propone entonces hablar de procesos y no de factores.

Esta distinción permite visualizar dos cosas importantes. La primera sería el reconocimiento del devenir histórico de los procesos, a diferencia de una idea vertical y estática de presentación de factores. La segunda sería evitar el aislamiento de los factores de riesgo desde una perspectiva parcializada, perdiendo de vista la ubicación contextual donde se presentan, devolviendo su carácter dinámico y multidimensional a los procesos relacionados con la salud. Breilh (*op. cit.*), propone además que éstos pueden ser de destrucción o de protección a la salud. A partir de estas premisas el autor hace diferencias entre procesos, los que pueden ser estructurales cuando tienen un carácter más general y permanente como las restricciones salariales, o las condiciones de higiene y seguridad en el trabajo; otros son más cotidianos pero solo para ciertos grupos sociales, como por ejemplo una exposición constante a sustancias tóxicas; mientras que otros son más eventuales y pueden concebirse con un carácter meramente accidental. Ahora bien, a diferencia de los procesos genéticos que no son modificables los

procesos socioculturales son factibles de cambiar y transformar. Ésta es una distinción sustancial con los primeros cuya consideración merecería marcar otras pautas de acción de los programas de intervención institucionales.

Un paso adelante dos atrás. Estrategias frente a un diagnóstico repentino.

Camina cabizbaja por la reducida banqueta de la calle en su nada reducida colonia de las afueras de Guadalajara. Sopla aire frío y el viento llegaba con finas marejadas de un polvo fino que le entraba para quedarse en sus ojos cansados. Llevaba puesto un cubrebocas que le regaló Meche cuando salieron a caminar el día anterior. Ya no usaba rebozo, pero en esos momentos lo extrañó. Corrían los primeros días del mes de enero. Sus ojos de por sí llorosos porque la edad le fue tapando el orificio lagrimal, lloraban aún más.

Echarle la culpa al polvo no tenía caso, en realidad desde que pavimentaron el año pasado, la colonia no parecía ya un polvorón revolcado en su propia tierra. Lloraba porque le habían dicho que era diabética y a lo mejor también hipertensa, así nomás, de sopetón. Lo de hipertensa... a lo mejor no estaba tan peor, pero eso de tener diabetis... no, seguramente que no. Ella no podía tener eso y menos acabar como el esposo de Meche que a diario le meten unas bolsas de agua y le sacan otras dizque pa' limpiarle la sangre porque la diabetes le acabó el riñón. Y todo por culpa de su hijo. Ya poco lo matan si no llega ella y le habla a la policía. Con quién se andará metiendo el muchacho que lo estaban golpeando tan feo y entre tres para el solito. ¡El ssuuuusto! que se llevó y después los malestares.

Pero no, a lo mejor el Dr. se equivocó. Sí, le hizo el análisis, pero le soltó la noticia así nomás tan de repente... ¿No se habrá equivocado?

Sentía y vivía su cuerpo de manera distinta desde el día del susto. Por lo regular estaba mareada, a veces como si trajera su cabeza llena de agua y a veces le dolía con punzadas intensas en las sienas que le corrían hasta sus ojos. Su piel y su lengua estaban resacas y orinaba más veces durante el día de lo que normalmente solía orinar. Pero dicen que la diabetes seca las carnes aunque la persona coma demasiado y ella seguía gordita y no le daba mucha hambre. Comía uno que otro bolillito y tortillas más de lo que anteriormente acostumbraba, pero nada más. Se cansaba con rapidez y se agitaba mucho del pecho cuando caminaba distancias largas o cuando trajinaba en el quehacer de su casa. Se sentía distinta, pues.

A lo mejor sí tenía azúcar en la sangre y a lo mejor tenía la presión alta también. A lo mejor...

Las alteraciones corporales sentidas a veces con la presencia de los síntomas claros de la enfermedad, a veces como vagos malestares son lo que en la mayoría de los entrevistados marca el inicio de la experiencia de padecer DM2 o HTA. El cuerpo es vivido en las primeras etapas de la enfermedad con síntomas que los pacientes achacan a un sinnúmero de cosas. En muchas ocasiones, y en particular con la hipertensión, los malestares sentidos son pasajeros e incorporados como alteraciones tolerables a las que no se les hace mucho caso. La vaga sintomatología en ambas patologías por lo regular no tiene efectos lo suficientemente nocivos como para provocar incapacidad en las funciones cotidianas de los pacientes, a menos que suceda una crisis hipertensiva o que haya niveles demasiado elevados de azúcar en sangre.

De los 176 pacientes que se entrevistaron, 16.6% descubrió que tenía niveles elevados de presión arterial o de glucemias, al acudir a un centro de atención en salud. El hallazgo se produjo cuando el paciente acudió por otros motivos a solicitar atención médica. El resto acudió a consulta con un médico o con varios, a causa de la presentación de síntomas, posterior a lo cual se hace el diagnóstico.

Existen pautas muy claramente establecidas para llegar a un diagnóstico tanto de HTA como de DM2. Los criterios están definidos y acordados internacionalmente por la OMS y son retomados en las Normas Oficiales Mexicanas como una base normativa para el ejercicio médico profesional (Anexo 2). Para el clínico o profesional de la salud, esos criterios están claros y sobre esa base puede diagnosticar con certeza a una persona que tiene DM2 o HTA. Aunque, en algunas ocasiones, el clínico puede pecar de negligencia y no hacer la búsqueda necesaria ni seguir los procedimientos requeridos para llegar al diagnóstico. Esto puede suceder cuando sólo se tienen indicios del problema, ya que las enfermedades crónico-degenerativas en su historia natural no tienen un comienzo abrupto que se exprese francamente en el cuerpo. Su inicio, así como su proceso evolutivo, es insidioso, pernicioso, con una diversidad de manifestaciones que hacen sumamente difícil el poder establecer patrones sistemáticos de los acontecimientos en el futuro de los pacientes, esto debido a su cronicidad y su carácter degenerativo. El futuro dependerá justamente de las conductas seguidas por los pacientes frente al problema. En este campo, los profesionales de la salud prácticamente tienen que hacer equipo con los pacientes para lograr pautas de comportamiento de protección a la salud, las cuáles van más allá de un apego adecuado al tratamiento farmacológico.

Ser o no ser he ahí el dilema... Qué cosa ¿verdad?... Cómo se niega uno

Uno de los primeros elementos observados durante el trabajo de campo a profundidad tiene que ver con el proceso de identificarse y aceptar tener diabetes o hipertensión y todavía más allá, concebirse como ser diabético y/o hipertenso. El clínico o profesional de la salud maneja los términos y la concepción de su significado como algo cercano que le es familiar, parte de su trabajo cotidiano. En una UMF se atiende un promedio de 20 a 25 personas diarias, y particularmente en las UMF universo de estudio que tienen un índice elevado de derechohabientes mayores de 50 años, las posibilidades de decirle a una persona que es diabética o hipertenso son elevadas, los pacientes lo escuchan día con día. Sin embargo, desde el momento en que se le atribuye un diagnóstico médico al paciente hasta el momento en que se define como diabético o hipertenso, transcurre un proceso de cambio en su identidad vivido a través de su experiencia, experimentando diferentes sensaciones en su cuerpo.

De ahí que tener DM2 o HTA para el paciente signifique algo que va más allá de una clasificación de enfermedad en términos biomédicos. Haber adquirido alguno o, como sucede en muchos casos, ambos padecimientos, significa estar en la disyuntiva de adquirir una nueva identidad frente a sí y frente a los otros. Una constante observada en los testimonios e historias de vida de los pacientes es que los orígenes de sus padecimientos están vinculados a sucesos traumáticos en sus vidas frente a los cuáles tuvieron una reacción emocional de susto, coraje, tristeza, enojo, ansiedad o preocupación. Aunque estas emociones pueden estar mezcladas, se manifiesta una diferencia entre hipertensión y diabetes. A esta última se le relaciona directamente con sustos, disgustos, coraje o tristeza. Mientras que a la presión arterial, con la preocupación, la ansiedad, el enojo y la tensión por exigencias sobre todo de tipo económico o laboral. Pero, curiosamente, las personas reconocen la característica multidimensional de los padecimientos. En un sólo momento del discurso identifican como parte de las causas a la obesidad, al consumo de una dieta rica en carbohidratos y grasas; a la falta de ejercicio, a la mala suerte, al exceso de trabajo, a la fatiga, etc. y se les asocia de manera muy particular con la herencia.

“Bueno lo principal, las mortificaciones, los enojos, los sustos, la herencia y la comida.. que tomé mucho refresco, café, la mala alimentación, con mucha grasa, para mí eso es lo principal. Aunque también hay otros como las

preocupaciones y el cansancio, como ahorita que tengo mucho trabajo... no veo la orilla. Ando apurada por eso, tengo muchos compromisos y no hay forma de salirles al paso más que trabajando, trabajando y... la herencia, el descuido en la alimentación, la gordura, las emociones como los gustos exagerados o los sustos, las presiones de todo tipo con la familia, con el trabajo, las económicas. Pero claro, la mala pata que ya te tocaba jijiji”

En el inicio de los padecimientos la mayoría de los entrevistados refiere haber experimentado una primera faceta como respuesta, que es la negación. Se niegan a pensar en la posibilidad de ser diabéticos o hipertensos. Esta negación puede ser parcial cuando se acepta una probabilidad, o completa cuando se piensa que no hay probabilidad alguna de tener estos problemas. Una diferencia entre ambos tipos de respuesta tiene que ver con el antecedente de haber vivido la experiencia cercana de un familiar enfermo. Los pacientes que aceptan la posibilidad del diagnóstico comunicado, tienen antecedentes familiares positivos para alguno o para ambos padecimientos. Sin embargo las preguntas de ¿”por qué yo”? o ¿”por qué a mí”? Se manifiestan de inmediato.

Aparece la primera necesidad de explicación. Los caminos recorridos se transitan a partir de lo que Goffman (1968) llamaría una “*identidad estropeada*”. El contacto inicial con el padecimiento los conduce a establecer una primera línea de acción. Se inicia una constante reflexión en términos eminentemente personales y sujetos a circunstancias muy variables y distintas. En este trance los sujetos comparan sus propios malestares con los sufridos por otros individuos, sus familiares o conocidos, amigos o vecinos que tienen la misma afección. Tratan de encontrar similitudes que sustenten el diagnóstico y que les ayuden a convencerse de que tienen lo mismo, o a encontrar diferencias a partir de las cuales no encajen en la clasificación. Otras de las veces el camino se queda inicialmente truncado porque la negación ante la posibilidad de ser diabético o hipertenso es total.

“... yo como le digo, al principio no creía... ¿por qué a mí me iba a tocar eso? Yo pensaba que Dios se ensañaba conmigo. Fíjese toda una vida de estrés, de tensiones de corajes y depresiones... porque mi marido... bueno ya le conté hasta cuando me ponía el cuchillo en el cuello, o las golpizas que me daba aunque estuviera embarazada... y el exceso de trabajo, porque ¡ah cómo trabajamos las mujeres! que córrele para un lado, córrele para el otro, atiende el negocio, haz la comida, limpia la casa... mucho trabajo. Yo por eso no creía... tenía que haber un error porque toda la vida batallando y encima eso... me costó trabajo aceptarlo... lo acepté hasta que de plano me vi enferma de veras cuando estaba ya sin fuerzas para trabajar y se me empezaron a secar las carnes... entonces si pensé esto es una maldición, es como un castigo divino, pero ¿por qué?”

Por otro lado, la falta de aceptación o la negación está íntimamente ligada a la ausencia de sensación de síntomas o de la afectación de las capacidades para desarrollar las actividades cotidianas. Muchos de los pacientes explican que no creían tener nada porque no sentían nada. Aunque a lo largo del diálogo en un interrogatorio más dirigido, sucede que notaban cambios en su cuerpo que definieron como molestias vagas a las que por lo regular no les hacían caso. De esta manera integraban a su concepto de normalidad los dolores de cabeza, los mareos, la sensación de debilidad o cansancio, por considerarlos como respuestas a una rutina cotidiana de trabajo o de enfrentar problemas en sus relaciones de vida familiar o laboral.

Incluso integran en su propia disyuntiva las palabras expresadas por los profesionales de la salud, cuando en alguna ocasión en que acudieron a una consulta o a un servicio de medicina preventiva se les alertó diciéndoles que mostraban una intolerancia al azúcar. Es decir, que si bien no tenían aún diabetes, la podrían desarrollar en algún momento. Por ello, aducen que se les informó que no eran diabéticos sino prediabéticos. Diagnóstico que puede ser sobrellevado con mayor facilidad, pues la fatalidad no se presume como algo inmanente.

***Dios, la brujería, el destino, los virus, la gordura, el tabaco y el alcohol.
Todo cabe en la reflexión de porqué me pasó a mí***

Entramos al terreno de las ideas y concepciones que se han construido como representaciones sociales que se desplazan de un plano individual a otro colectivo y que sintetizan en un hecho social: las tradiciones, la moral, los conocimientos, los mitos y ritos. Es decir, la subjetividad trasladada a formas de entender realidades o hechos sociales objetivos (Durkheim 1950, 1951).

En lo que respecta a las enfermedades crónicas, ya Sontang (1996) mencionaba que la enfermedad es el nocturno de la vida. La HTA y particularmente la DM2 en el imaginario colectivo se vislumbran como las enfermedades de la destrucción, las que producen daños al riñón, a la vista, al cerebro, las que pueden terminar en amputaciones o infartos. Son valoradas desde una perspectiva de fatalidad y pesimismo como una condena de sufrimiento, que tarde que temprano conducen a la muerte. Y que además para colmo se heredan. En parte por esto resulta tan problemático el proceso de pensar en la posibilidad de tener una enfermedad de este tipo. Entonces los criterios de razonamiento para la definición y clasificación del padecimiento y sus consecuencias son elaborados por el sujeto no solamente a partir de las afecciones y sensaciones de su cuerpo, sino también por las ideas, las creencias, las imágenes y los puntos de vista expresados por los parientes, los vecinos, los amigos, los compadres, las revistas, los libros, los carteles, la televisión y la radio. Donde el médico es una vía más de información.

“pues mire, yo pienso que a mí me empezó del estrés, mi esposo duró mucho enfermo, era tomador y le dio una embolia, yo tenía que cambiarlo, cargarlo, darle de comer... en ese tiempo fue cuando yo salí. Porque en mi casa no hay diabetes ni alta presión, como de herencia. Otra cosa que la puede provocar también es la alimentación, comer muchas grasas, mucha azúcar. Y el exceso de peso, pero a mí de plano, Dios me la mandó... porque ni gorda soy”.

Ante la fuerza de la pesadumbre inicialmente todo tiene cabida. La presencia divina, las prácticas espiritistas, la brujería mala (que los pacientes distinguen de lo que llaman la hechicería buena), el destino, el uso del tabaco y el alcohol, la mala alimentación etc. Ideas que, posteriormente al pasar por el filtro de la reflexión son seleccionadas y sometidas al beneficio de la duda en el dilema de darle sentido a los padecimientos. Las concepciones encontradas en los sujetos son tan variables que van desde la creencia inicial de que Dios así lo quiso, como una prueba que se les manda, como un acto punitivo por un mal comportamiento anterior, o por obra y fuerza del destino. Se acepta la mala herencia de la familia cuando existe el antecedente. Se empieza a establecer la relación con los malos hábitos alimenticios, el sobrepeso y la obesidad. Dependiendo de la información a la que se tenga acceso, se llega incluso a mezclar las ideas que refuerzan la explicación orgánica de una falla inevitable del páncreas provocada por los virus y los procesos autoinmunes en los órganos del cuerpo.

“... pues en esto tiene que ver la descompensación alimenticia y los hábitos de vida en primer lugar. Pero también una impresión fuerte, ya sea buena o negativa. En el embarazo puede haber diabetes transitoria. Para mí el problema fue después de un ejercicio excesivo que hice y muchas cervezas que me tomé. Eso me bajó las defensas porque duré varios días de parranda y el virus que infecta el páncreas se aprovechó, de ahí empecé yo”.

Es obvio que este amplio bagaje de ideas que se expresan para dar una explicación al “*por qué me tocó a mí*” se conforma de muy diversas fuentes. En el mundo moderno podemos encontrar verdaderos tratados acerca de diabetes e hipertensión, abordados desde diferentes perspectivas al alcance de la mano. Los medios de comunicación como la TV y la radio se han convertido en excelentes vehículos para hablar de salud. Tan sólo en la red de Internet es posible

encontrar información que aborda los problemas de salud desde la herbolaria, la medicina china, las ideas de nuestros antepasados nahuas o mayas, el hinduismo, la orientación biomédica alópata, etc., siendo ésta una excelente vía de información.

Pero estas ideas siempre son sometidas al cedazo de la reflexión. El proceso de la experiencia tiene una característica fundamental que motiva y sostiene el entrelazamiento entre permanencias y transformaciones no sólo en las ideas, sino también en los actos. Esta característica es la reflexividad como lo han señalado Foucault (1967), Lefebvre (1971), Giddens (1997). En ella participa de manera importante la imaginación (Appadurai *op. cit.*), porque el mundo actual supone relaciones sociales diversas con influencias que van y vienen entre lo local y lo global. Por eso, los paisajes locales donde se sitúa la vida cotidiana de las personas pierden fronteras y participan de una apertura cultural distinta promovida por los medios masivos de comunicación y el auge de la comunicación electrónica. De manera particular los comportamientos humanos están influenciados por estos medios que suscitan y alimentan la imaginación. La imaginación es el prelude a la acción, es proyectiva, una especie de acción anticipada para configurar esquemas de pensamiento y comportamiento colectivos a través de un procedimiento intersubjetivo (Shutz, 1973).

Vivimos en la era de la información (Castells, 1994) en la que las personas comunes y corrientes, particularmente en los centros urbanos, tienen acceso a multiplicidad de ideas y concepciones. Appadurai (*ibid.*) sostiene que la televisión lejos de considerarse como el opio cultural de los pueblos, es un recurso de conocimiento que tiene trascendencia significativa en la capacidad de agencia de los sujetos. La imaginación es parte de los mecanismos desplegados para proyectar imágenes de identificación, pero también de diferencias, lo que contribuye a la conformación de identidades. Es común escuchar en el transcurso de las narrativas de los pacientes las comparaciones y los contrastes que hacen entre las diversas fuentes de donde obtienen sus puntos de vista. “*Mi comadre dice, pero yo oí en la tele tal cosa*”, mencionan. El detenerse a pensar y tomar distancia es una de las primeras acciones que el individuo realiza en el proceso de reflexión y de identificación para llegar a conclusiones identitarias (Mead, 1934, Turner, 1982). En los relatos a profundidad de los pacientes entrevistados se hace una referencia constante a estos mecanismos de obtención y reflexión de información sobre los padecimientos, para ir configurando conclusiones sobre sí mismos.

Identificando la diabetes y la hipertensión en el cuerpo, rumbo a la transformación de identidad

Una vez pasado el momento de la negación, se continúa con la etapa del reconocimiento y aceptación de la enfermedad en el propio cuerpo. En la fase de la negación, la idea de no aceptación del problema se acompaña además de la idea de encontrar un culpable. Es decir, alguien o algo a quien hacer responsables de lo acontecido en el propio cuerpo.

“yo en un principio le eché la culpa a un susto que pasé... me pusieron la pistola en la sien... una comadre que tenía, era drogadicta y yo estaba trabajando con ella. Le dije que yo ya me quería ir a mi casa y me dijo: primero te mueres, de aquí no sales. Por suerte llegó el esposo en esos momentos y se entretuvo con él. Yo aproveché para salir y tomé un taxi hasta mi casa, llegué temblando. A los ocho días empecé con problemas, a sentirme mal. Me hice el examen y resulté diabética. La primera de la familia, porque después resultaron mi papá y tres hermanas. Resulta que de la familia de mi papá todos son diabéticos. Así que con susto o sin susto lo más seguro es que yo iba a ser diabética. ¿Tú crees? La herencia que me dejaron, cómo no me dejaron dinero, o otra cosa... los culpables son ellos. Tenían que dejarme puras cochinas, jijiji... ni modo así es la vida. Antes yo le reclamaba a Diosito que por

qué me había mandado estas enfermedades. Ahora ya sé que es de herencia, ni modo que qué haga el pobre... me tengo que conformar”.

La segunda fase se caracteriza porque tener diabetes o hipertensión deja de ser un conflicto. Entonces el cuerpo empieza a ser reconocido de otra manera. En la etapa anterior los pacientes mencionaban síntomas vagos o no sentir nada hasta que eran demasiado evidentes, o por detección se hacía el diagnóstico de la enfermedad. Ahora, reconocen con más facilidad los cambios en su organismo y los ubican como parte de la sintomatología antes ignorada. Aunque con frecuencia el reconocimiento es vivido de manera tácita, como algo guardado todavía dentro de sí mismos, no explicitado ni elaborado como parte de una identidad de ser diabéticos o hipertensos. Los síntomas son identificados solamente procuran no hablar de ellos con otras personas en sus espacios de relación, e incluso, en determinados momentos son negados pero ahora conscientemente.

En esta etapa, los padecimientos se sienten como estigmas cuya percepción valorativa recae sobre la persona como un fardo pesado moralmente. Son pegotes internos no rechazados, pero que los estigmatizan (Goffman, *op.cit.*) como enfermos incurables. En la experiencia, como esquema de referencia de conocimiento de primera mano en el mundo de la vida cotidiana, (Schutz, *op. cit.*) los pacientes tienen un bagaje de conocimientos transmitidos en etapas anteriores por los padres, los maestros, los medios de comunicación y otros medios directos o indirectos. El contraste con las nuevas percepciones se realiza a partir de este sistema de referencia. En ocasiones la confusión puede estar presente como un primer imperativo mientras el individuo establece los contactos iniciales en su búsqueda de explicaciones. Para aquellos pacientes en los que existe una historia familiar de diabetes o hipertensión, es más sencillo el proceso de aceptación de su nueva realidad. Aún en aquellos en los que la historia contenida presenta momentos y situaciones de experiencias complicadas o de muertes en sus familiares. Es un hecho que cuando existen antecedentes de este tipo, el sentido de la reflexión de los pacientes se acentúa por motivos más que pragmáticos. La actitud natural, de acuerdo con Schtuz (*op. cit.*) en un mundo intersubjetivo, es esa vista en espejo, que incluso los pacientes mencionan con frecuencia; ante la cuál reflexionan y toman decisiones para actuar motivados por la percepción de lo que acontece con esos otros.

En esta lógica, el sentido de la acción es el resultado de la interpretación de una experiencia pasada, contemplada desde el ahora o el presente con una actitud reflexiva. Es decir, se provee de significado a una experiencia recordada más allá de su actualidad, y a partir de ese momento, adquiere relevancia para la identidad y el comportamiento. Sin embargo, un aspecto sobresaliente en lo observado con los pacientes, es que pueden existir referentes clave y experiencias notorias pero el proceso de conformación de identidad no es siempre constante, y no conduce a un resultado esperado y mucho menos a cambios en la conducta y los comportamientos frente al tratamiento o el autocuidado del cuerpo que se requieren. En reiteradas ocasiones diabéticos e hipertensos actúan como si no lo fueran, o como si no supieran que lo son, incluso tiempo después de su diagnóstico inicial.

“yo nomás en una ocasión me sentí mal... me sentía raro, con mucho acavamiento y casi no dormía, muy nervioso, hay veces que me mareo y veo luces de muchos colores, pero me pasan rápido, entonces me siento mal... muy feo... pero ya luego se me olvida... sí, tengo diabetes y la presión... pero mire, esas molestias me pasan sólo cuando me da el colapso de la azúcar alta o cuando también estoy mal del corazón. Pero no siempre me siento mal. Por eso pues a veces me descuido... porque se me olvida...pero después vuelvo a cuidarme.”

La fase de reconocimiento podríamos ubicarla como intermedia antes de llegar a una definición más clara de identidad. Digamos que es la fase de identificación, de estar conscientes del problema que se tiene, es el punto de pasaje obligatorio (Callón, 1986) a partir del cuál se pueden aceptar los criterios médicos que implican una definición sobre lo que acontece en el cuerpo. Definición que en este momento es aceptada y asumida y es la pauta para poder negociar con el que se tiene enfrente, ya sea con el médico o con otro profesional de la salud que esté dando un adjetivo por lo regular difícil de aceptar. Digamos que es el momento de dar el paso para cruzar la puerta, para estar dentro de la esfera de relación intersubjetiva de cambio que permitirá iniciar una relación posterior de influencia recíproca entre el profesional de la salud y el paciente. Relación inmersa en un juego de poder donde la balanza se puede inclinar de uno u otro lado como se verá más adelante.

Pero aún no es el momento en que se manifiesta la conciencia clara de la cronicidad de los padecimientos. Es decir, de comprender que son para toda la vida. Lo que significa estar en espacios de relación cotidiana donde se piensa, se trabaja, se come, se sueña, se ama, se vive con un padecimiento crónico-degenerativo. E ahí la diferencia.

La relación entre “me dicen que soy diabético o hipertenso” y “digo que soy diabético o hipertenso”

Es válido entonces pensar que la identidad no se reduce al esclarecimiento de conductas regidas por aspectos motivacionales o de un pragmatismo puro. Es un proceso más complejo de relación entre el individuo y su entorno social. Está sujeta a vaivenes en los que se juega con la identificación y la puesta en escena del individuo como un personaje de teatro que transita por los distintos escenarios en los que se para y dependiendo del público al que se dirija (Goffman, 1980). Hablamos entonces, no de una identidad sino de identidades en el comportamiento cotidiano.

Sin embargo, así como existe un genotipo expresado en el fenotipo biológico permanente en cada individuo, también existen elementos constitutivos de la identidad que son permanentes. Juan Pérez es un personaje de mediana estatura, tez morena, tiene ojos cafés, nariz aguileña, mal genio; es cirujano, baila cumbias y le gusta tomar café con leche. Pero otros días dirá que es médico general, que no sabe bailar y que prefiere el capuchino moro. Es posible que ese día traiga lentes de contacto verdes y esté de buen humor. En diferentes escenarios puede aparecer con ciertas características, distintas unas de otras, pero él sabe que es Juan Pérez, mientras no esté afectado de alguna patología psiquiátrica de despersonalización.

Pero en sus ámbitos cotidianos de relación difícilmente podrá aparecer con rasgos distintos a los de antemano conocidos por las personas con las que interactúa. En su espacio de trabajo saben que es cirujano y que por tanto hará cirugías. Sabrán que trae lentes de contacto y que por eso sus ojos parecen verdes pero son cafés. Le traerán su clásico café con leche y su tez seguirá siendo morena y su estatura mediana. Y si por casualidad algún colega le hizo el diagnóstico de diabetes o hipertensión, los demás ya lo sabrán, antes que él lo diga, porque el chisme y la clasificación social pueden ser más veloces que los procesos identitarios particulares. Es posible que asuma su identificación, que no su identidad, más rápidamente por asignación externa que por convencimiento propio.

Éstos son dos puntos clave en la discusión acerca de la conformación de identidad o identidades. Cuándo y cómo se establecen elementos permanentes identificados como parte del

ser y cómo se da la relación individuo/contexto social para avanzar hacia ese punto de llegada en un proceso identitario. Existe incuestionablemente un sistema simbólico de significados contruidos socialmente que orientan el proceso pero que de ninguna manera son seguidos por igual por los sujetos. Es decir, que en el juego de la relación observada en los sujetos de ésta investigación, no caben los determinismos.

Podemos pasar a la siguiente faceta de análisis, se ha hablado de la fase de la negación y la del reconocimiento. Hemos resaltado los niveles de la transacción individual y de la referencia a un contraste con el otro inmediato. En un procedimiento de configuración de tipo simbólico se ha destacado la percepción de las experiencias y el sentido atribuido a la corporeidad personal en relación con un contexto de referencia de primera mano.

“...tengo una hermana que está muy mal... ya perdió la vista, le han dado dos infartos, está muy mal de sus pies y ya no puede ni caminar. Y es que ella desde que empezó no le cayeron las pastillas siempre ha estado con insulina. Yo le tengo miedo a la insulina. A lo mejor pudiera ser porque dicen que eso acaba la vista. Y es que yo no estoy tan mal como mi hermana, a mí sí se me controla la azúcar con pastillas. A mí me dicen que nomás porque la gente me conoce y sabe que tengo la azúcar, que sí no... Porque yo no siento gran cosa, ni me ha dado ninguna complicación pero sé que tengo la enfermedad, soy diabética pues. Pero es que yo sí me cuido. Mi hermana la que le digo nunca se cuidó... y hasta ahorita toma coca, mucha coca y café y cigarro, todo lo que sabe que le hace daño. No, no entiende, no quiere entender, ahí está tomando y fumando, por eso está mala.”

El aspecto que ahora se vislumbra es el análisis de la diversidad que muestran los pacientes en su proceso de conformación de identidad y en la aparente incongruencia de su comportamiento frente a las acciones que deben seguir como pacientes diabéticos o hipertensos. Lo que se ha visto hasta el momento es que experiencia e identidad, son una conjunción entre las características personales de modos de ser y aspectos socializados del comportamiento. Es decir que las personas vinculan en la concepción de sí mismos, la organización psíquica individual con el sistema de relaciones sociales y culturales que moldean esa personalidad. Pero la identidad es algo que va más allá de la conformación de una idea de sí mismo, es la corporeidad objetiva del sí. O sea la significación simbólica pero también su expresión concreta a través de las prácticas sociales.

Lo pasajero y lo permanente de la identidad y la experiencia en el cuerpo.

L. Schiolla (1983) señala que en la conformación de identidades existe siempre una relación de ida y vuelta entre el individuo y su entorno social, expresados en las conductas corporales mediante discursos y acciones. La identidad presupone la capacidad del individuo para convertirse en objeto de sí mismo por medio de un proceso intersubjetivo relacional.

Para ella tiene tres dimensiones:

- Una dimensión locativa en el sentido de que mediante ella el individuo se sitúa en un campo simbólico, o en un sentido más amplio define el campo donde situarse. Es decir, que el individuo asume un sistema de referencia, define la situación en que se encuentra y traza las fronteras (más o menos móviles) que delimitan los territorios de sí mismo.
- Una dimensión selectiva en el sentido de que el individuo una vez que ha definido sus propios límites, está en condiciones de ordenar las propias preferencias, de escoger algunas alternativas y de descartar o diferir de otras.
- Una dimensión integradora en el sentido de que el individuo dispone de un marco interpretativo que reúne las experiencias pasadas y presentes con la idea de futuro en la unidad de su biografía. (Schiolla *op. cit.*:10).

A través de la dimensión locativa, el individuo es capaz de establecer una diferencia entre sí mismo y otros, entre sí mismo y el mundo. En las dimensiones selectiva e integradora se vuelve capaz de mantener en el tiempo el sentido de esta diferencia, lo que permite la continuidad de sí mismo.

Estas tres dimensiones son interesantes porque vinculan, desde mi punto de vista, dos aspectos fundamentales de la vida cotidiana de las personas en un proceso inicial de identificación y posteriormente de identidad. Por una parte, la ubicación espacial y temporal, y por la otra el ejercicio de la capacidad de elección individual para definir el curso de sus acciones. De acuerdo con esta autora, las dimensiones que propone permiten al individuo trazar límites y situarse. Reflexionar sobre alternativas y elegir las que más le convengan. Integrar sus experiencias y elaborar proyectos de futuro. Prácticamente asegurarse de su propio lugar en el tiempo y en el espacio.

Pero los individuos, como hemos venido observando, no están solos en el mundo. La misma autora plantea que estas dimensiones ponen de relieve el problema de hasta dónde el grado de libertad del individuo y hasta dónde el control o coerción social sobre él. La respuesta que propone es que en un mundo moderno como el de ahora, una característica de la vida moderna es que los ambientes sociales son flexibles y cambiantes; en los que los sujetos tienen más facultades de autocontrol para dirimir los problemas de la elección. Las biografías de los diabéticos e hipertensos, muestran que existen momentos álgidos en sus vidas a partir de los cuáles los mecanismos de percepción y reflexión promueven una refiguración del pensamiento que los conduce a la toma de decisiones y acciones. Es un juego constante entre situaciones vividas, experiencias reflexionadas, concepciones contrastadas, elaboración de conclusiones y nuevas formas de comprensión.

Sin embargo, lo que he encontrado es, que una comprensión o aceptación del sí como diabético o hipertenso, no necesariamente conduce a una expresión cabal de cambios en su comportamiento. Es decir, de lo que desde el punto de vista médico se esperaría que hiciera como tal. En su discurso, el paciente puede expresar que es diabético o hipertenso pero sus acciones a menudo no son las que debería tener un diabético o un hipertenso. Existe con frecuencia una contradicción entre la concepción del sí y su comportamiento en la interacción social.

¿De qué depende esta congruencia o incongruencia? Podríamos pensar que hay imágenes pasajeras del sí como diabéticos e hipertensos, pero hay otras que llegan para quedarse. El compromiso que se establece es variable y siempre tiene una relación con las características individuales y el contexto en el que se desenvuelve la vida de los sujetos donde se conforma un estilo de vida. La selectividad también está situada temporal y espacialmente.

La diabetes y la presión alta son lo mismo que una vida llena de corajes, preocupaciones y sustos

“Soy del otro lado del periférico”... No me dijo vivo en el otro lado del periférico. Sino soy del otro lado. Su casa es pequeña, tiene agua potable y drenaje, techo de lámina y piso de cemento. Vive aquí desde hace 15 años. Antes vivía en una vecindad por el lado de Rancho Nuevo. Es una mujer de 42 años, 1.55 metros de estatura y pesa 82 kilos. Ha perdido la vista de uno de sus ojos completamente y con el otro tan solo percibe sombras, por eso no me mira directamente a los ojos casi nunca. Guiada por mi voz fija su rostro en mí pero no me ve con claridad. Tiene dos años con insuficiencia renal crónica producto de la diabetes y siempre está con cifras tensionales

elevadas. La anemia crónica y las sustancias tóxicas que no se desechan de su cuerpo por la falla renal, han teñido su piel de un color cetrino que cualquiera percibe como un signo de enfermedad crónica. Empezó con diabetes desde que tenía 32 años, hace diez. Entre sus antecedentes familiares figura una pesada carga genética, su madre es diabética y por la línea paterna su padre y sus tíos paternos son diabéticos. Dice que la enfermedad le comenzó por la vida que llevaba desde que se casó. Enfrentó desde un principio la violencia intrafamiliar física y psicológica. Tuvo cuatro hijos, dos hombres y dos mujeres que son las que más la han hecho sufrir, ambas son madres solteras, prostitutas y cocainómanas, como puede les cuida los hijos porque, ellos pobrecitos que culpa tienen. Otro de sus hijos está preso en el penal de Puente Grande.

Cuando le dijeron el diagnóstico de diabetes por primera vez, no lo creyó. Ahora dice que más le hubiera valido haberlo aceptado desde entonces y haberse cuidado. Pero considera que aunque lo hubiera aceptado, en aquel tiempo llevar una dieta habría sido imposible porque no tenía con qué. Es decir, no tenía recursos económicos para comprar verduras y frutas. Pero menciona que el refresco apenas lo dejó hace dos años cuando le dijeron que estaba mala del riñón. Y nunca faltó en su mesa aunque lo trajera fiado de la tienda de la esquina. Tomaba mucha coca porque era su único placer. En cambio la medicina a veces se la tomaba y a veces no, porque eso de estar con pastillas diario, no es de uno.

Su reflexión en retrospectiva acerca de sus padecimientos al igual que en otros pacientes gira en torno a dos elementos. Uno de ellos tiene que ver con la comprensión de lo que la diabetes y la presión alta pueden hacer en su cuerpo y el otro con la factibilidad de realizar acciones para un autocuidado del mismo.

Al hacer la sistematización y el análisis de los datos de campo se observa que las diferencias se establecen a partir de categorías generales de los individuos, como el estrato social al que pertenecen, su nivel de escolaridad, su actividad laboral y los recursos financieros con los que pueden contar dentro de la unidad del hogar. Las probabilidades de que el paciente entienda mejor lo que significa una enfermedad crónico-degenerativa son mayores entre aquellos individuos con un nivel de escolaridad más elevado y que cuentan con otro tipo de recursos tales como habilidades y contextos sociales favorables que les brindan apoyo. Las acciones concretas para el autocuidado no dependen en gran medida de los recursos económicos de los hogares. En el estudio resaltaron otras categorías que están ubicadas en un nivel más micro observadas tanto en el contacto directo con los pacientes, como evidenciadas en las historias de vida. Son características que comparten muchos de los hogares que se clasifican dentro de los estratos bajo o medio inferior, como los explorados en esta tesis. Tales serían la presencia de alcoholismo y/o dependencia a drogas ilegales o fármacos por el paciente o algún familiar, por lo regular la pareja o los hijos. La presencia de otro familiar con enfermedades crónicas que lo han invalidado y lo han vuelto dependiente de la familia. La presencia de niños o jóvenes menores de edad que dependen del cuidado del paciente, generalmente de las pacientes que son abuelas que por lo regular cuidan a sus nietos. La convivencia problemática con nueras, yernos ú otras personas integrantes de la red familiar extensa. O bien la presentación de algún deceso, enfermedad aguda o urgencia médica en familiares.

Así, ante ámbitos de interacción problemáticos en su vida cotidiana los pacientes responden de diversas formas, pero existen elementos compartidos. Los principales son las respuestas emocionales frente a estas situaciones. Se responde con susto, mortificación, coraje, preocupación, o con la sensación de amenaza corporal de vida. Después de la presentación de estas emociones o sentimientos, los pacientes continúan por tres vías categorizadas en patrones

de conducta integrados en sus diversos estilos de vida. El primero sería el de la represión del sentimiento y la pasividad de las acciones. Referido por algunos de ellos como no decir nada, aguantarse, comerse los problemas, no pensar en ellos y no actuar para cambiar la situación. Son por lo regular personas como la paciente del ejemplo anterior, a las que no se les depara un futuro promisorio. En este caso los pacientes pueden o no, aceptar que son diabéticos o hipertensos, aunque hablan de sí mismos como tales, asumen la postura de que se trata de otro mal entre muchos que no tienen remedio. Por tanto, si a nadie le importa su situación, lo más factible es que suceda lo que tenga que suceder incluso la posibilidad de la muerte. Los sentimientos de depresión acompañan por lo regular a estos pacientes y viven una cotidianidad sin deseos expresos de transformar nada de ella. No se plantean realizar cambios en su dieta ni llevar a cabo algún plan de ejercicios. Muchos son fumadores o alcohólicos y su razonamiento para no dejar de fumar o de tomar es que si de todas maneras se van a morir entonces que importancia tiene el dejar de hacerlo. Como vemos, el pesimismo y el fatalismo son la base de la proyección futura. Por lo regular consideran que son designios de Dios y que ellos como hombres terrenales no tienen nada que hacer. Su conducta se limita a continuar con lo que ya está establecido, sin hacer grandes cosas para evitar que se presenten las complicaciones, solamente esperando que el tiempo pase.

El segundo patrón es el de el espíritu de sacrificio para otros, pero priorizando una conducta de autocuidado para el cuerpo propio. En este caso los sentimientos son expresados con un sentido de aflicción ante situaciones en las que el paciente no puede intervenir. Piensa que tiene que aceptarlas como se presenten porque considera que no puede hacer nada frente a ellas, pero desarrolla acciones de autocuidado porque establece la diferencia entre aquello que puede cambiar y lo que no, aquello que considera como su ámbito de competencia individual. Así mismo, define las situaciones con sus límites acerca de su persona, con interés en los padecimientos que tiene como ingredientes de su cotidianidad. No se escapa a las repercusiones de los acontecimientos generados en su entorno porque no existe una interacción en la que reciba apoyo de los miembros de su red social. Pero las acciones de cuidado sobre su cuerpo son constantes y las realiza independientemente de las situaciones que acontecen a su alrededor.

Es posible que estos pacientes continúen dentro de una dinámica de violencia intrafamiliar, de trabajo doméstico pesado, o de estrés laboral y con la atención centrada en lo que necesitan y les exigen los otros. Pero también destinan tiempo y dirigen su mirada hacia sí mismos. Son pacientes con apego a tratamientos que intentan cambios en su dieta cotidiana y en sus hábitos de ejercicio. Asisten regularmente a sus citas de control, aunque no busquen otro tipo de alternativas en su tratamiento.

En un tercer patrón que he denominado como activo-comprensivo, entrarían los pacientes que se asumen como diabéticos e hipertensos en un ambiente de relación complicado donde intentan y se esfuerzan por cambiar en la medida de lo posible su contexto de vida. Son pacientes como Lucía, el personaje del primer capítulo. En su biografía se observa cómo, además de realizar acciones de autocuidado de su propio cuerpo, orienta su comportamiento a buscar soluciones o alternativas a los acontecimientos que define como perniciosos o generadores de estrés social y que se constituyen en factores de riesgo de sus padecimientos. Reconocen en sus sentimientos un motor que los impulsa a tratar de realizar cambios o transformaciones no sólo para sí mismos sino también para las personas que los rodean y con los que interactúan. Muchos son parejas a su vez de otros pacientes o tienen hijos con el mismo problema.

Estos pacientes por lo regular manifiestan bienestar corporal permanente y sus cifras de glucemia o de presión arterial mantienen una curva de normalidad, sin altibajos. También están pendientes constantemente de sus hábitos de alimentación y mantienen una vigilancia sobre los

hábitos de alimentación de su familia. Se refieren a sus cambios y transformaciones como aprendizajes. Aprendieron a comer distinto, a realizar ejercicio habitualmente y se plantean enseñar a los otros a comer distinto y a modificar el sedentarismo e incluso a lograr que dejen de tomar bebidas alcohólicas o el tabaquismo cuando existen. Forman parte de grupos sociales de apoyo dentro de las Instituciones, en los que con frecuencia asumen el papel de líderes.

Vislumbran el futuro con optimismo y aunque tengan edades avanzadas, mantienen una idea de proyecto en el largo plazo. Su imaginación y la energía de su comportamiento rebasan muchas veces los planteamientos esperados por los profesionales de la salud. Mencionan que les gusta salirse con la suya, y de hecho administran su identidad como diabéticos o hipertensos de manera instrumental, como diría Goffman (*op. cit.*), para lograr sus objetivos y propósitos no solamente en su red familiar sino incluso en su relación con las Instituciones. Tienen un comportamiento consciente a partir de su identidad para enfrentar cualquier disrupción u obstáculo.

La desidia, la flojera, los gustos y el placer

He mencionado hasta el momento patrones de conducta donde se ha supuesto al individuo en escenarios o contextos de relación difíciles y complicados. Pero entre los pacientes no todo es sombrío. También existe la miel sobre hojuelas en sus ámbitos de relación aunque sean diabéticos o hipertensos de niveles socioeconómicos bajos. ¿Qué pasa entonces cuándo no se establecen patrones de conducta adecuados sobre los padecimientos?

Lo que se ha observado en diversos ambientes familiares con redes sociales cercanas favorables o desfavorables es que los patrones pueden repetirse. Se encuentran pacientes sumidos en la depresión, o pacientes resignados, pero de igual manera pacientes optimistas dispuestos a comerse el mundo. Por lo que es necesario referirse ahora a un nivel de análisis donde las categorías encontradas forman parte de las características individuales de los pacientes.

Entre éstas, se definieron los momentos del ciclo de vida individual que implican además de la edad, los logros o los obstáculos que han tenido en el desarrollo de proyectos de vida vinculados al transcurso de los acontecimientos en los ciclos familiares. Y los valores construidos alrededor de la diabetes o hipertensión donde se analizan la desidia, la flojera, el gusto y los placeres de la vida. Cerca de una tercera parte de los entrevistados, particularmente mujeres mencionó que sus síntomas ya sea de diabetes o de hipertensión, comenzaron al inicio del síndrome del nido vacío. O sea cuando sus hijos se casaron y los dejaron solos. Otro elemento que participa de manera significativa es la presentación de muertes de familiares cercanos sobre todo cuando se trata de la madre o el padre. O bien cuando se presentan enfermedades importantes en los miembros de la familia. Estas tres situaciones con frecuencia pueden aparecer casi simultáneamente o en intervalos temporales cortos.

En el caso de los hombres, (una diferencia de género encontrada) predomina el estrés provocado por las exigencias laboral y económica. O bien por la incongruencia entre sus expectativas y sus logros después de toda una vida de trabajo, cuando se enfrentan a un panorama más global de inseguridad social y económica. O porque los avances y los logros de los hijos tampoco sean los esperados. En ambos casos tales situaciones con frecuencia coinciden con el ciclo de edad madura o de principios de la senilidad del paciente. Entonces el diagnóstico de diabetes o hipertensión con el pronóstico de la cronicidad y la degeneración puede ser la gota que derrame el vaso para que muchos pacientes se sienten agobiados ante los embates de la vida.

Interesa en este momento analizar lo que sucede en aquellos individuos cuya conducta no

se dirige a un comportamiento de autocuidado. Las mujeres entrevistadas, todas eran amas de casa desde su juventud. Posiblemente en un cambio generacional las diabéticas o hipertensas del futuro sean trabajadoras asalariadas también. Pero en este momento se definieron así. Posteriormente se evidenció que muchas de ellas, al igual que Lucía, desarrollaban esporádica o continuamente gran cantidad de actividades para allegarse dinero. Atendían tiendas de abarrotes, lavaban o planchaban ajeno, hacían cenas, tandas, rifas, vendían avón, fuller, stanhome, zapatos, lencería, bolsas, artículos de limpieza, etcétera. Por su parte, los hombres eran o habían sido albañiles, obreros de la industria, comerciantes ambulantes, taxistas, afanadores, jardineros, herreros, mecánicos, hojalateros o electricistas.

Uno de los motivos que ambos adujeron para explicar su conducta no dirigida al autocuidado fue la falta de tiempo. Mencionaron que debido al trabajo, o no podían prepararse alimentos especiales o tenían que comer lo que pudieran y que les permitía la dinámica del espacio del trabajo. El exceso de actividades y el cansancio después de la jornada laboral tampoco les permitía salir a caminar o realizar algún otro tipo de ejercicio, ya no les quedaban ánimos para un esfuerzo más. En los casos en que no había una vida laboral activa, lo que sobresale es la conformación de hábitos, en particular de alimentación y del empleo del tiempo. Dejar de comer lo que se acostumbra es algo muy difícil, porque además están de por medio las preferencias por determinado tipo de comida.

Los pacientes mencionan que saben y conocen cuáles son los alimentos que les perjudican y los que los pueden beneficiar, pero que están mal acostumbrados. Mencionan que desde que eran pequeños tienen una dieta que ahora de viejos hay que cambiar. Muchos de ellos se niegan por completo a hacerlo. Al explorar los motivos, éstos están relacionados directamente con el sentido del gusto. La comida mexicana y sus inigualables tortillas y pan dulce son difíciles de dejar. He ahí el principal problema. Muchos de los pacientes piensan que cambiar el tipo de alimentación significa cambiar de comida, cuando lo que se indica es balancear los alimentos de otra manera. Pero lo que los pacientes piensan que es más difícil, es prescindir de la sal y del azúcar. Acostumbrar sus papilas gustativas a otras sensaciones con los alimentos. *Yo de plano comer sin sal... ¡NO!* dice uno de ellos.

Otro de los argumentos empleados para no realizar cambios en la conducta fue el de “la flojera”. Las mujeres dijeron que les daba flojera preparar alimentos especiales para ellas, diferentes a los del resto de la familia. Y los hombres a su vez aducían no saber cocinar y que por ello dependen de lo que las mujeres les dan de comer. La flojera fue también uno de los motivos para no hacer ejercicio. Cuando se les preguntaba sobre los motivos para no salir a caminar, mencionaron por ejemplo, que no era tanto por flojera sino porque no querían moverse debido a que después les dolía todo el cuerpo. Varios de los pacientes incluso contaban con bicicletas fijas o caminadoras en sus domicilios pero no las utilizaban porque ahí sí, les daba flojera.

Al tratar de definir el significado de la flojera, se coincidió en que se trata de un sentimiento de desgano, de falta de deseos para realizar algo si bien saben que es necesario hacer. Mencionan que en realidad es un mero pretexto para argumentar en favor de la inactividad o de la preparación de alimentos que no les gustan. Otro pretexto que arguyeron con la misma finalidad fue el de la desidia. Pero la desidia tiene una connotación distinta. Los entrevistados la definen no como un sinónimo de flojera, sino como un comportamiento más complicado que tiene que ver con la falta de iniciativa, con la falta de fuerza de voluntad, o con una actitud de falta de interés. Es decir de: *“me vale madre, me importa madre, o de dejadéz”*. Para explicar que es algo más profundo que la flojera.

En el mismo sentido está el placer. Una de las coincidencias entre los entrevistados es que la comida, las cervezas, el fútbol y las telenovelas son de los pocos placeres que tienen para

disfrutar en la vida. Por eso se hace tan complicado para algunos prescindir de su alcoholito, de sus tacos, tortas, menudo... y de su tele.

“yo creo que tengo pocos placeres... tengo tan pocos placeres en la vida... batallo mucho con mi esposo... por eso sentir que me va bajando el refresquito... la coquita... lo siento tan a gusto que nomás de eso me pongo feliz... me siento con ganas de hacer cosas... si no me lo tomo... me siento aflojerada, cansada, sin ganas de hacer nada.”

Conclusiones

La diabetes y la hipertensión como enfermedades crónico-degenerativas se analizaron aquí desde la perspectiva del paciente. Se denota como un punto sobresaliente la diferencia entre enfermedad desde el punto de vista biomédico y padecimiento desde el punto de vista social. En un mundo moderno y complejo los procesos de cambio biológicos, como el envejecimiento, no pueden separarse del entorno social donde se suceden. Estos entornos significan procesos diferenciados de protección o de destrucción para cada individuo hipertenso y/o diabético de acuerdo con categorías orgánicas individuales y de acuerdo también con su contexto social de vida. De ese contexto se destacaron el espacio del trabajo, del consumo y su entorno de red familiar.

Las vivencias corporales de la experiencia con una enfermedad crónico-degenerativa que conducen a la conformación de una identificación y posteriormente de una identidad como diabético o hipertenso, son el vehículo para que el paciente defina fronteras, límites, lazos de interacción y pautas de comportamiento. Es decir, que conforma una estructura organizada de significados que le dan sentido a su vida. Los criterios de razonamiento para dotar de sentido a la experiencia se eslabonan a partir de las representaciones construidas socialmente sobre la diabetes y la hipertensión, con las afecciones sentidas como malestares o dolencias en el cuerpo. Se reflexiona sobre estos datos a partir de un proceso comparativo con lo que perciben y manifiestan otros pacientes, con el conjunto de ideas, creencias, mitos, valores morales y conocimientos que se manejan en la red de relaciones inmediata sobre las enfermedades, y con la clasificación de un diagnóstico otorgado por los profesionales de la salud. Mediante este proceso reflexivo es que se pueden realizar transformaciones en la identidad. Por tanto, la identidad se conforma por una parte de la individualidad orgánica y psíquica de la persona, y por la otra, del sistema simbólico de significados construidos socialmente. Existe siempre una relación dialéctica individuo-sociedad en su construcción.

Lo que yo planteo a partir de lo observado en mi trabajo de campo es que los pacientes pasan por tres etapas o fases de cambio desde el momento del diagnóstico hasta el momento en que se definen como diabéticos o hipertensos: la fase de la negación, la del reconocimiento y finalmente la de aceptación de una nueva identidad. El individuo utiliza y administra diferentes aspectos de su identidad; es decir, selecciona de acuerdo a su propia agencia quién decide ser y qué decide hacer. Por lo que no se puede hablar de identidad sino de identidades y no se puede hablar de comportamiento sino de comportamientos. Es posible diferenciar el componente subjetivo o simbólico de la identidad y su componente objetivo, expresado en prácticas sociales de conducta. De tal manera que esta diferenciación es útil para explicar las aparentes incongruencias del comportamiento de los pacientes hipertensos o diabéticos. Las imágenes pasajeras, las permanentes, sus características psíquicas individuales y los escenarios en los que vive e interactúa, son los elementos que nutren su capacidad de decisión y elección. Toda selectividad individual por tanto está situada temporal y espacialmente siempre en relación con el contexto de vida.

VIII. DINÁMICAS DE ATENCIÓN A DIABÉTICOS E HIPERTENSOS EN LAS UMF. LA EXPERIENCIA EN LAS PRÁCTICAS COTIDIANAS DEL TRABAJO PROFESIONAL

Introducción.

En el capítulo anterior se analizó la conducta de los pacientes diabéticos e hipertensos a partir de su experiencia. Se propuso como un planteamiento básico, resultado del análisis, que existe una diferencia sustancial entre tener diabetes o hipertensión y ser diabético o hipertenso. Para el paciente vivir con estos padecimientos significa hacer cambios y transformaciones en la conformación de identidades. Se destacó que asumirse como tal, es un gran avance en la búsqueda de su atención pero no siempre garantiza cambios en su comportamiento dirigidos al autocuidado de su cuerpo. Éstos son parte de un proceso distinto que puede ir aparejado o no al de la transformación de identidad. En su conducta la influencia de su contexto de vida es fundamental, así como la conformación de sus hábitos, sus gustos y sus motivaciones.

Toca el turno en este capítulo al significado para una Institución de la atención de pacientes con una enfermedad crónica. El trabajo de campo se realizó en el área médica y otros servicios de las UMF que atienden sistemáticamente a los pacientes. Se incluyen el servicio de nutrición y el de trabajo social. Continuando con la aplicación del concepto de experiencia, partimos del entendido de que el médico, la trabajadora social o la nutricionista saben que lo son y se definen como tales, cada uno en su rama de atención. Así pues en este capítulo la categoría analítica será utilizada para valorar la resignificación del comportamiento de los actores sociales, más que los aspectos simbólicos y de significado del ser. Aunque no se obvian las diferencias en cuanto a la concepción de sí mismos como trabajadores con ciertas características. En un mismo espacio de trabajo ellos y ellas se comparan en la cotidianidad de sus acciones y van construyendo definiciones de sí mismos en el contraste permanente de sus conductas.

Otro aspecto importante de analizar es el de la construcción de rutinas y dinámicas de atención cobijadas por una estructura de tipo institucional. Para ello se partirá del contexto estructural de la Institución, señalando aquellos puntos cruciales que intervienen en su funcionamiento y que repercuten directamente en la forma en que se desarrolla el proceso de atención dirigido a los diabéticos e hipertensos.

Los estudios de las Instituciones de salud históricamente se pueden diferenciar en tres vertientes: los que han analizado las condiciones demográficas, económicas y materiales de la sociedad subrayando la política económica en salud (Mc Keown, 1976; Brehil, 1979; Waitzkin, 1995, 2001). Los que le han dado prioridad al análisis de los comportamientos de los sujetos usuarios de los servicios (Shuman, 1966; Rosenstock, 1966, 1974; Igun, 1979; Cockerham, 1982) y los estudios donde el elemento central es la etnografía de la vida cotidiana intentando vincular el contexto social con las particularidades individuales de los sujetos (Kleinman, 1973, 1974, 1978; Fitzpatrick, 1990; Helman, 1990; Good, 1994; Almeida, 2001). En esta perspectiva se inscribe el presente trabajo para dar cuenta de lo que acontece ahí, día con día en la dinámica de atención institucional.

Intervenciones institucionales en salud. Compromisos y obstáculos

Una Institución de salud como el IMSS tiene como función principal otorgar una serie de servicios cuya finalidad se dirige a generar cambios en el estado de salud de su población usuaria. Estructuralmente el modelo para la atención médica que priva en la Institución está organizado por niveles que van del primero al tercero, como ya se dilucidó en el capítulo tercero. De acuerdo con la definición establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1978), el primer nivel corresponde al contacto inicial que un individuo establece con una institución de salud. En este nivel, parte de las actividades que el IMSS realiza están encaminadas a la prevención de enfermedades, así como a la prevención de las complicaciones de enfermedades.

Sobre estas bases se despliega el trabajo de las UMF del IMSS, pero su vida actual como Institución es difícil y complicada, como ya se veía en el capítulo 4, está envuelta en una problemática crucial en estos momentos de exigencia de respuesta a problemas de igual forma complejos en el panorama de la salud. Por un lado enfrenta la escalada de costos en salud provocada por el mantenimiento de una cada vez mayor población adulta con problemas crónico-degenerativos que ameritan insumos en el largo plazo y de alto valor monetario. Por otro, es palpable la crisis financiera producto de una disminución en el empleo formal y la descapitalización por la derivación del dinero fresco del fondo de pensiones y jubilaciones hacia las AFORES.

De igual forma, los avances científicos y la expansión tecnológica en el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de enfermedades han trastocado las estrategias de intervención en salud (Fuentes, 1998). Los requerimientos para llevar a cabo acciones cualitativamente más eficaces, implican el crecimiento de la infraestructura médica, así como mejorar su equipamiento. Se necesita además aumentar la planta de trabajadores y mejorar la capacitación del personal, ante lo cual el IMSS se queda cada vez más y más rezagado. Por otro lado, existen también los problemas asociados a la gerencia de la Institución en su conjunto. El diseño y el ejercicio de las partidas presupuestales para atender las necesidades de la atención médica en infraestructura, equipamiento y personal dejan qué desear. Se están empleando recursos en la remodelación de la arquitectura de hospitales y clínicas; se cambia el mobiliario, o se provee de equipos de cómputo. Pero en el mismo escenario se enfrenta el desabasto de medicamentos, de reactivos de laboratorio, de equipo e instrumental médico y de personal para garantizar la cobertura de atención a los pacientes.

Todos estos factores limitan la posibilidad de una respuesta con calidad y calidez a los derechohabientes aunque éste sea el lema de la Institución, lo que reviste particular importancia cuando se trata de personas con padecimientos como los que nos ocupan. En las UMF cada uno de los consultorios tiene una población adscrita que rebasa los 2 500 derechohabientes, y en algunos la cifra es más bien cercana a los 3 000. Mientras que en países desarrollados, el promedio es de un médico familiar por cada 1000 a 1100 habitantes como máximo según el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2000). En Cuba el promedio es de un médico por cada 750 habitantes (Álvarez, 2002), además éste, está inserto en el barrio o comunidad donde trabaja, convive con la población a su cargo y realiza acciones extramuros de fomento y promoción a la salud todos los días.

El exceso de población derechohabiente en las UMF estudiadas implica una demanda excesiva de atención médica. En la mayoría de los consultorios se ofrece atender máximo a dos miembros de una misma familia. La organización de la atención tiene ciertos lineamientos para no dejar a ningún paciente que demande atención, sin consulta. Pero en la práctica sucede que los

médicos familiares desarrollan una serie de estrategias para atender en promedio solamente entre 20 a 25 pacientes diarios, aunque eventualmente se llegue a atender a más de 30.

Al llegar, el paciente deberá depositar su tarjeta de control y citas médicas media hora antes de que empiece la consulta en cada turno. Es decir a las 7:30 o a las 13:30. La asistente médica revisa la cantidad de tarjetas y valora si todas pueden ser anotadas para que se les proporcione una consulta. Si el número excede a la cantidad que un médico puede atender, se le dará cita para otro día o se le indicará que vuelva a solicitar de manera espontánea su consulta al día siguiente. Si el problema es urgente y no alcanza lugar para ser valorado por el médico familiar el mismo día, se le ofrece pasar al servicio de urgencias para recibir atención transitoria y ser revalorado posteriormente por su médico.

Por fortuna a los pacientes diabéticos e hipertensos no les afecta en gran medida esta situación. Por lo regular tienen asegurado un lugar en la consulta ya que deben acudir mensualmente a un seguimiento de sus padecimientos. Esto les garantiza una cita con fecha y horario definidos. Pero corren el riesgo de que las consultas se limiten a una rápida valoración de sus glucemias o sus cifras de presión arterial ante la prisa del médico por atender a otros pacientes, y su cita de control se restrinja a proveerlos de medicamentos y esporádicamente, a la detección de complicaciones por las razones que se discutirán en seguida.

Cara o cruz, en la atención en el IMSS. Las reglas no escritas de la Institución.

En cada evento o momento de encuentro entre el diabético o el hipertenso con el médico, se valora el estado de control de su enfermedad. Se hace hincapié sobre todo en las cifras de azúcar en la sangre en el caso del diabético, y en las cifras de presión arterial en el caso del hipertenso. Se deben vigilar el peso, la actividad física, el tipo de dieta, la detección de daño a órganos blanco y la valoración oportuna por especialidades médicas que requiera el paciente. Las acciones de procedimiento que todo médico tiene que realizar con un paciente portador de estos padecimientos, están definidas en guías clínicas. Éstas a su vez se fundamentan en las normas médicas oficiales de atención, reglamentadas por el sector salud (NOM, 2000). Su incumplimiento podría acarrearle al médico represalias institucionales y de carácter legal. Los procedimientos deben realizarse de manera sistemática desde el momento en que se hace el diagnóstico. A partir de entonces se inicia un contacto estrecho y regular del paciente con la Institución.

Pareciera que todo es sencillo y simple. Pero no obstante que existen las guías clínicas y que las acciones están reglamentadas, para el usuario asistir al seguro social en muchas ocasiones significa prácticamente *echarse un volado*. A pesar de los buenos propósitos para simplificar y agilizar la prestación de servicios, lo observado al realizar el trabajo etnográfico, es que el usuario choca contra un burocratismo incrustado en los distintos servicios de la Institución. En su tránsito, los pacientes en su gran mayoría adultos mayores y ancianos, tienen que enfrentar la buena o mala disposición de la asistente médica que los recibe. La buena o mala fortuna de que haya más o menos pacientes en espera de consulta que acuden espontáneamente, porque aunque se tenga una cita, ésta no puede ser cumplida cabalmente en su horario debido a la demanda de atención. Una vez que el paciente atraviesa el umbral del consultorio, está en las manos de un profesional de la salud que tiene conocimientos técnicos, habilidades, actitudes, ética médica, ideas, creencias y un concepto de lo que es su práctica médica, muy diversos. La suerte de la salud del paciente está en el aire.

Ahora bien, después de ser atendido, si necesita estudios de laboratorio o de rayos X, empieza un segundo peregrinar. Tendrá que hacer cola frente al consultorio del jefe de consulta para que supervise y autorice la solicitud de los exámenes paraclínicos del médico. Después deberá pasar a la ventanilla de archivo para hacer una nueva cola en espera de que le pongan un sello de vigencia que avale que tiene derecho al servicio, independientemente de haber sido atendido como paciente vigente en su consultorio minutos antes. Posteriormente, pasa por otro lapso de espera, frente a las ventanillas del laboratorio o de rayos X para que le sea programada su cita en la que acudirá a estos servicios. En el caso de tener prescritos medicamentos cuya utilización no está autorizada para un primer nivel de atención, deberá hacer un recorrido más o menos similar para que le sea otorgado su medicamento. Finalmente resiste la cola frente a la farmacia. Pero en sucesivas ocasiones sobre todo cuando requiere de algún tipo de medicamentos a largo plazo, sucede que, ¡no hay medicinas!

¿Dónde está la calidad, dónde la calidez, dónde la eficacia, dónde la fluidez, dónde la adecuada respuesta al padecer?

Esta situación se repite innumerables veces cotidianamente dadas las condiciones actuales en que se encuentra la Institución, nada halagadoras, como se veía anteriormente. El trabajo se desarrolla en circunstancias difíciles, sumamente complicadas y hasta peligrosas, porque lo que está en juego sobre la mesa es la vida y la muerte constantemente. Al estrés laboral que enfrentan trabajadores con demandas de trabajo excesivas, cuando no se cuenta en muchas ocasiones con lo mínimo indispensable para llevar a cabo las actividades necesarias, se le suman el descontento, la inconformidad y la insatisfacción que con toda razón manifiestan los usuarios. Este es el panorama interno de la Institución en que transcurre la vida de los pacientes hipertensos o diabéticos y del personal de la salud que los atiende. Como lo percibe una de las doctoras entrevistadas:

“yo me vengo temprano, antes de las ocho yo ya empecé... y los pacientes ya saben. Les digo que al que madruga Dios le ayuda. Que se vengan temprano y entonces los veo pronto, porque empiezo y le sigo hasta que termino. Me gusta terminar siempre antes de la hora para no presionarme, para no sentirme presionada, pero no creas, de todos modos se presiona uno, trabajas bajo estrés. Porque bueno...por un lado la cantidad de pacientes y luego las citas tan tardadas a laboratorio y a especialidades. Y a veces no hay medicina y vienen y te reclaman a tí los pacientes, como si uno la tuviera escondida en el cajón... y luego las actitudes de los jefes. A mí me han llamado la atención que porque mando mucho a laboratorio y rayos X, pero es lo que necesito para valorar bien al paciente, necesito investigarle, estar segura... nos tienen muy limitados en cuanto a estudios y encima así se quejan y te reclaman. Como que no les importa el paciente, sino evitar los gastos, entre más se ahorren mejor... no les interesa el paciente en realidad. Ni saben si lo viste bien o rápido, si está en buen control o mal control o sea si está sirviendo la atención o no. Y si el Instituto dice calidad y calidez, pero no te brinda las condiciones para trabajar así... pues le sigues el juego y entonces es cantidad y rapidez ¿verdad? Pero ésta no es la mejor solución, es la salida fácil y no debería de ser... porque aquí son vidas con lo que trabaja uno... es la salud de las personas”.

La práctica médica. ¿Hacia dónde se dirige el ojo clínico?

Es posible que uno de los grandes cambios de la modernidad en la sociedad haya sido la revolución del campo de la medicina. A un complejo sistema de conocimiento compartimentado sobre el cuerpo humano se integran la atención hospitalaria-curativa, las acciones sanitarias-preventivas, los grandes consorcios farmacéutico-laboratoriales y la investigación biomédica. Esta última ha llegado de manera insospechada hasta las entrañas y la esencia misma de la vida al descifrar el código genético del DNA, antes oculto a la humanidad. Lo que hace la mirada médica es descubrir los secretos más recónditos de cada célula corporal. Pero no solamente son objeto de

su estudio los elementos físicos del cuerpo, también sus sentimientos, sus emociones, sus puntos de vista, su visión del mundo, encerrados en su estructura mental. Foucault (1966:7-8) ha escrito que en la modernidad el *ojo clínico*, es decir, la mirada del clínico transforma al sujeto enfermo en *objeto de estructura científica*. A lo largo de la experiencia clínica el enfermo se convierte en un objeto observado, en un símil con los astros, o con un conejillo de indias de laboratorio. El cuerpo humano es un espacio de interpretación que la soberanía de la mirada médica clasifica, y a través del discurso le superpone una especie de nueva identidad, sobre la que se espera una sujeción al control del conocimiento médico.

Es innegable que el trabajo médico se basa, podríamos decir, en una necesidad clasificatoria al establecer un diagnóstico. Pero también es cierto que los pacientes no se adhieren por inercia a una entidad nosológica, a una definición de enfermedad, ante la que hay que seguir una determinada conducta nada más por que estuvieron en contacto con un clínico. Aunque ése sea el objetivo del clínico. En el caso de las enfermedades crónicas, la búsqueda adherencia a un tratamiento posterior al diagnóstico es todavía más complicada, como se pudo constatar en el capítulo anterior. De hecho, al médico y a otros profesionales de la salud se les asigna como una tarea lograr que el paciente se reconozca como tal y realice acciones de apego a un tratamiento para su propio beneficio.

Pero como vimos antes, si bien existe un entramado de clasificación de la enfermedad dada la necesidad de una definición diagnóstica, es indudable que el proceso de reconocimiento y acciones depende de los procesos singulares de cada paciente. Depende de cómo cada uno lleve a cabo su propio proceso de identificación y de identidad y de cómo realice cambios en su conducta. Así, en su experiencia, los profesionales de la salud se enfrentan a una serie de avatares en su trabajo cotidiano con los enfermos diabéticos o hipertensos. Es posible que la mirada médica esté todavía muy dirigida a establecer una definición clasificatoria. Es posible que influida por el desarrollo científico y tecnológico haya escondido por los rincones el carácter social y humanista de la comprensión del paciente. Es posible que exista una brecha entre su conocimiento biomédico y su conocimiento de la salud como ciencia pública, olvidando los contextos donde viven sus pacientes. Es posible que olvide también que la medicina es una ciencia inclusiva que vincula en el cuerpo los saberes y conocimientos de lo objetivo y lo subjetivo de la vida. A continuación se verá el resultado del análisis del trabajo de campo acerca de las formas en que realizan su práctica médica los profesionales de la salud, de las UMF investigadas.

Efectos de un diagnóstico. El estigma generado o derrumbado por el médico

Para el médico, uno de los objetivos de su trabajo es precisamente llegar a establecer un diagnóstico. Poder concluir su trabajo acertadamente con esa palabra clasificatoria casi mágica, que resume el significado de la práctica concreta de una competencia profesional. Ésta es una necesidad no solamente suya, sino también de la persona que se encuentra del otro lado del escritorio. El paciente desea que se le diga qué es lo que tiene cuando sufre una serie de molestias o dolores, interrupciones de lo que normalmente siente en su cuerpo y por lo que acude al médico. En un ambiente institucional, cuando cotidianamente se está en contacto con un promedio de 20 a 25 pacientes todos los días esta tarea puede significar para el clínico solo parte de una rutina. La entiende como la síntesis elaborada rápidamente, porque sólo cuenta con 15 minutos máximo para dedicarle a cada paciente. Y es probable que la fuerza de la repetición haya borrado la idea

de tomar en cuenta las confusiones, los temores, las incertidumbres, las angustias y las mortificaciones de quien tiene enfrente. Es probable también que haya olvidado que está en contacto con una persona y esté tratando sólo con enfermedades, es decir con la noción de su propia clasificación:

“¿dice que tiene orinadera y sed? Pues entonces tiene diabetes. Mire no le busque más, se tiene que hacer este examen y me lo trae mañana. Pero de una vez le digo: tiene diabetes. A ver ¿tiene familiares con diabetes? ¿Sí? Ahí está para que vea, Ud. es diabético, ni modo ya le tocó. Tenga, vaya, hágase el examen. Tiene que entender que la diabetes es una enfermedad a la que vamos a tratar de ahora en adelante. Tiene que tomarse de por vida ¿eh, de por vida! Su tratamiento y comer cosas que no le hagan daño a su enfermedad. ¡Ah! y debe hacer ejercicio ¿eh?”

En el ejemplo anterior es evidente que el médico, está pensando no en el paciente cómo individuo, sino en el paciente como enfermedad. En el discurso se aprecia la forma como el clínico establece su diagnóstico, la forma como es comunicado al paciente y la estrategia establecida después de la clasificación. Lo que el médico expresa en el ejemplo es que está pensando en la diabetes y no en el diabético. Incluso cuando recomienda lo que el paciente debe o no comer. En adelante lo que va a tratar es la enfermedad y no al paciente. Einsenberg (1977) hace una distinción conceptual entre enfermedad y mal, dice que los pacientes sufren males y los médicos diagnostican y tratan enfermedades.

“los males son experiencias de cambios menguantes en estados de ser y en función social. Las enfermedades son anomalías en la estructura y función de órganos y sistemas del cuerpo.” (Einsenberg, 1977:11).

Ésta es una visión en la que el concepto del paciente como persona queda subsumido a la categoría de enfermedad. El paciente es atendido en función de la definición clasificatoria, lo que provee al trabajo del clínico una salida lógica en un esquema de significación del conocimiento biomédico. En cierta medida, durante el ejercicio de la práctica médica, esta situación puede resultar más sencilla porque el médico está pensando en la prescripción de un medicamento y en la indicación de cambios en los hábitos de las personas como parte de los lineamientos para tratar la enfermedad. Sin detenerse a pensar lo que hará el sujeto en adelante. Él cumple con su parte del trabajo y eso para él es suficiente. En este caso la forma de comunicar un diagnóstico no contempla la explicación del problema, ni los sentimientos que se pueden estar generando en un paciente. El médico asume que el paciente conoce lo mismo que él, o lo suficiente acerca de la enfermedad. No se cuestiona si ambos se mueven dentro de parámetros construidos en marcos de conocimiento similares o no, porque solo le interesa decirle al paciente el resultado de su clasificación. En el siguiente capítulo se analiza más detenidamente la forma de establecer la comunicación, así como las respuestas de unos y otros en el momento de la interacción en la consulta. Por el momento baste conocer las distintas formas de realizar una práctica médica.

Otro ejemplo: se trata de un paciente con un diagnóstico de tiempo atrás. La paciente entra al consultorio y saluda, el médico no contesta, está buscando afanosamente en el expediente, y dice para sí:

“¿En dónde están las hojas... cuáles son los resultados del día de hoy? No tiene hoja de control del diabético... ¿Cuándo fue la última vez que vino?”

La paciente responde:

“Es que tengo dos expedientes Dr. No sé por qué me abrieron otro y a lo mejor los resultados están en el más viejito. Dejé de venir un tiempo pero vine el mes pasado y Ud. me ordenó estudios”.

El Dr. Se levanta de su silla y le grita a la asistente solicitando el otro expediente. Luego de que encuentra los resultados del examen de laboratorio el Dr. se dirige a la paciente:

“Mire Ud. mire nada más... anda muy mal, anda por las nubes... Ud. no entiende, no quiere entender que un día de estos se va a morir con esta azúcar que trae. Uds. Los diabéticos son enfermos de p o r v i d a...están propensos a todo, que les dé un infarto, que se queden ciegos que los corten los pies, y ni así entienden. A ver de seguro no hace dieta ni camina ni nada ¿verdad?...A ver qué va hacer el día en que ya no se pueda mover que le tengan que cambiar pañales... al rato va a traer trombosis de las venas de las piernas y si un trombo de esos le llega al cerebro...Ud. ya sabe... o al pulmón... imagínese una embolia pulmonar o una isquemia cerebral... puede quedar muy mal. Así que mejor váyase... váyase a nutrición, que la bajen de peso... y conmigo viene cuando ya traiga la azúcar baja”.

En la entrevista a profundidad, este médico me explicaba que debido a la cronicidad de la enfermedad el diabético y el hipertenso son pacientes difíciles a los que hay que asustarlos y regañarlos para que entiendan mejor los problemas a los que se tendrán que enfrentar tarde o temprano. Está convencido de que hágase lo que se haga, el paciente crónico con estas enfermedades culminará con cualesquiera de sus complicaciones en la antesala de la muerte. Su estrategia, partiendo de su concepción, es utilizar los recursos a su alcance para demorar que la enfermedad acabe con el paciente. Menciona que no se anda con miramientos, que les administra dosis altas de medicamentos para que les baje pronto la azúcar o la presión. Les insiste en que la diabetes y la hipertensión son males que les tocó vivir y que los marcan para toda la vida. La temporalidad y lo que suceda en el transcurso de vida del paciente se conciben como una línea recta desde el inicio del diagnóstico hasta la muerte porque así está establecido en la historia natural de la enfermedad, de acuerdo con una noción meramente biológica. No se considera que las enfermedades tienen también una historia social. La falta de apego a los tratamientos y las dificultades para que los pacientes bajen de peso, hagan ejercicio o realicen otros cambios en su comportamiento lo adjudica a:

“...lo cabezón que son, por más que les dices no quieren entender, no les conviene porque están acostumbrados a comer de un modo o de otro y no quieren dejar sus costumbres. Además son flojos, les da mucha flojera caminar”.

Afortunadamente en un mismo espacio de trabajo, bajo los mismos lineamientos, recursos y dinámicas de horarios, una cosa que llama la atención es la diversidad encontrada en las formas de hacer el trabajo médico. He aquí un contraste:

“Los pacientes se asustan más con la diabetes que con la hipertensión. Un diabético piensa que su vida corre más peligro. Que la diabetes provoca peores cosas que la presión alta y como que se asustan, se ponen muy nerviosos, les preocupa mucho. Por eso cuando la detecto por primera vez, no les digo que son diabéticos, sino que pueden ser diabéticos y que para saberlo con exactitud tenemos que comprobarlo con estudios en varias ocasiones. Y es que, a los diabéticos... bueno para ellos es un impacto fuerte... muchos lloran... yo los dejo que lloren, que se desahoguen. Cuando se van calmando les digo: mire, no llore, a ver ¿Ud. es diabético verdad? Pero ¿que cambió?... nada... Ud. es el mismo, es igual, la misma persona. Es diabético porque ahora lo sabe. Antes no sabía qué le pasaba... pero debe dar gracias de que ahora ya lo sabe para que pueda tomar medidas. Ud. sale de este consultorio afuera y los que lo conocen lo van a ver igual. ¿Dónde trae un letrado que diga yo soy diabético? ¿Dónde? Sigue siendo Ud. fulanita o fulanito de tal... lo único que va a cambiar son algunas cosas de su forma de vivir... su estilo de vida les digo. Ahora se tiene que cuidar más que antes, va a estar pensando soy diabético cuando coma, cuando necesite de revisarse sus pies y de salir a caminar, todo para mantenerse saludable, pero no va a pensar soy diabético cuándo platique con sus hijos, o le de besos a sus nietos. La diabetes no le tiene que afectar, no le debe cambiar más que el tipo de alimentos que antes le gustaban y los cuidados, de no enojarse, de no hacer corajes, debe dejar que el mundo ruede y cuidarse. Le digo que independientemente de lo que les pase a los demás, debe poner un límite entre Ud. y los otros, sus familiares, sus compañeros de trabajo y sus jefes, sobre todo... porque el estrés del trabajo es muy importante”.

En el discurso anterior prevalece el concepto del paciente como diabético y no la enfermedad como entidad nosológica. Se distingue una noción contrastante con los ejemplos anteriores. El médico está considerando el impacto que un diagnóstico de esta naturaleza puede provocar en la persona con la que está hablando. Las reacciones emocionales son fuertes y se atienden, buscando establecer una comunicación que permita un acercamiento a la persona con

empatía. Se intenta una comprensión integrando la problemática no solamente física sino emotiva y social de los cambios que ser diabético o hipertenso amerita en su vida cotidiana. No se clasifica a partir de la estigmatización de la cronicidad como una vida inaceptable que irremediablemente va a conducir a la presentación de complicaciones, a la incapacidad y a la muerte. Por el contrario, se manejan por parte del médico los conceptos de identidad y estilos de vida para que el paciente esté en las mejores condiciones de replantearse lo que le está sucediendo, y la conducta que puede seguir en un futuro.

Estrategias para el tratamiento. Ingresando a un sistema de regulación y control. En juego la credibilidad y legitimación para entender un proceso de cambio

Como se ha mencionado, cuando padecimientos como la hipertensión y la diabetes llegan a convertirse en problemas de salud pública, requieren en la práctica de la salud, políticas de intervención para su tratamiento. La NOM menciona que el tratamiento de ambos padecimientos tiene como propósito evitar el avance de la enfermedad, prevenir las complicaciones agudas y crónicas, mantener una calidad de vida y reducir la mortalidad por estas causas. Los criterios deben prevalecer como los lineamientos seguidos en el tratamiento. Pero lo que sucede con una experiencia de atención en las UMF es que existe una diversidad en las opciones que se les ofrecen a los pacientes, aunque sobresale un concepto constante entre los médicos durante su práctica cotidiana: el *adecuado control* del paciente.

Ésta es la piedra de toque del tratamiento. Todos los médicos entrevistados se refirieron a esto como el objetivo a lograr. Explorando el significado del “*adecuado control*” los médicos reflexionan en torno a este concepto y coinciden en que se trata de llegar a obtener valores normales de niveles de azúcar en sangre y valores normales en las cifras de presión arterial, lo cual indicaría que el paciente se encuentra bien y puede evitar la presentación de complicaciones. En este sentido se refirieron a la prevención de complicaciones no sólo por la vía del control de los niveles de azúcar o de la presión; algunos consideran importante la intervención sobre aspectos sencillos de su conducta para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

“A todos les explico lo que es la enfermedad de la diabetes o la presión alta. Lo que significan los problemas que les puede traer si no se controlan como debe ser, les explico de los medicamentos y los efectos que pueden tener. Si no los toleran, pues se los cambio, o les voy modificando las dosis, según la respuesta. Como te digo, también desde el inicio me voy a la dieta, al ejercicio, a ver que tipo de zapato están usando, a ver la sensibilidad, sobre todo los diabéticos, que dejan de sentir y no se dan cuenta cuándo se lastiman los pies. Se pueden provocar heridas, quemaduras, raspones, que luego se les infectan y por ahí puede empezar una amputación. Por eso les insisto mucho en los cuidados de los pies”

Quiere decir entonces que saliéndose del reduccionismo de lo que definieron como *adecuado control*, su verdadero significado está en los procesos seguidos en el consultorio para hacer que el paciente alcance esos niveles de glucemia o de presión arterial óptimos. Entonces el control se traslada de la esfera de una medición de un proceso metabólico en el cuerpo al control de la conducta del paciente para lograr la adherencia al tratamiento y a los cambios en estilos de vida.

“en mi experiencia de tratamiento con hipertensos y diabéticos es que con muy pocos logras que se controlen bien. Porque no aceptan lo que les dices, comen lo que quieren y cuando quieren. Muy pocos aceptan, por lo regular no te hacen caso, no atienden a lo que les dices... por una les entra y por la otra les sale. Yo les insisto, les hablo fuerte,

los regaño y ni así me hacen caso... es peor que si estuvieras tratando con un niño, porque siquiera los niños si te hacen caso, si los reprendes te entienden y hacen lo que tú dices. Los pacientes te mandan a volar y ni modo que haces... a veces te das de topes porque no hayas como hacerle, va de regañadas y regañadas cada que vienen y siguen igual”.

El estigma se dirige ahora hacia la labor de los médicos como profesionales de la salud que no consiguen el control de las conductas. Esto depende en parte de la forma en que se establece la estrategia del médico en su trato con el paciente. Algunos pacientes los clasifican y los tachan de regañones, de sangrones, de enojones, malencarados, hasta de agresivos y groseros, y por lo regular, acuden al consultorio sólo por sus medicamentos. En el momento del contacto los pacientes establecen un comportamiento de sumisión, de abierto conflicto o incluso de rechazo hacia el médico, quien además, difícilmente encuentra una explicación a la falla de sus estrategias. La visión del control por los médicos, como el del ejemplo anterior, se basa en la autoridad de su conocimiento, que jerárquicamente sitúan por encima del conocimiento lego. Con base en esta idea siguen un patrón de conducta rutinario en su trabajo. A todos se les recomienda y exige lo mismo, sin individualizar al paciente y en consecuencia los procedimientos idóneos para cada uno. Consideran que los legos tienen que aceptar lo que se les dice y no toleran que el paciente pueda deslegitimar su conducta poniendo en entredicho sus aseveraciones.

Pero en la búsqueda de la panacea del buen control, en su experiencia los médicos desarrollan también otras estrategias. Hay quienes están de acuerdo en que debido a que se trata de problemas en el largo plazo, los procedimientos por realizar deben concebirse en el largo plazo también. Entonces anteponen a cualquier cosa la individualidad de cada paciente una vez que se establece el diagnóstico. El proceso de seguimiento toma otro cariz y los acuerdos logrados son distintos, el estigma puede funcionar en sentido inverso. El médico se vuelve paciente entre los pacientes, lo califican de buen médico, atento, amable, agradable, comprensivo y con quien es posible establecer una relación más satisfactoria.

Escuchar explicar alentar. Un trabajo de años

Las ciencias sociales y los estudios sobre la conducta tienen mucho que aportar a la ciencia médica si se destaca la importancia de la concepción del tratamiento y el seguimiento de los problemas de salud en y desde las personas y no desde la noción de enfermedad. Uno de los mayores aprendizajes que tuve de la valoración de la experiencia cotidiana en la atención médica fue la conciencia de que se requieren una serie de características, como componentes conductuales, que permitan una relación más eficaz cuando se está en contacto con pacientes. Particularmente si el trabajo se despliega en una Institución de seguridad social. Estos componentes serían factibles de aprender del mismo modo que se aprende un bagaje de conocimientos biomédicos. Pero la misma cobija institucional es útil tanto para aquellos que han convertido su experiencia en parte de los procesos de riesgo para los pacientes, como para aquellos que en su experiencia han venido conformando una práctica cotidiana que debería ser la deseable todo el tiempo.

En una práctica médica que se orienta a la atención del paciente como persona se toman en cuenta sus ideas, conceptos, creencias, valores y motivaciones. Se considera el contexto social donde vive y se accede a su cuerpo y a sus actividades con respeto y responsabilidad. Atendiendo a su individualidad se deben tomar medidas distintas para cada uno, intentando acceder a ella para establecer posibilidades reales de participación en la atención de sus padecimientos. Cuando hablé de los cambios en la identidad de los pacientes en el capítulo anterior, se reconocía que la primera reacción o respuesta ante el diagnóstico es la negación.

Esta fase puede ser captada por el profesional de la salud si tiene la capacidad de escuchar al paciente. En la observación y la reflexión de su trabajo, una de las doctoras entrevistadas se refiere a esta parte del proceso,

“Tienes que tomar medidas distintas de acuerdo a las respuestas, a lo que te diga el paciente, porque casi siempre viene la negativa y empiezan como a justificarse... -sí, ya me habían dicho, pero yo pensé que no era cierto, o -a veces se me sube pero otras ando bien, o pues dicen que la tengo alta, pero yo no siento nada-... todo eso te pueden decir. Entonces sabes qué criterios debes empezar a tomar con cada uno, porque si el paciente no se convence de que algo tiene y de que debe tomar medidas, pues nunca va a hacer nada por su enfermedad. Se necesita que la negativa se cambie a positiva. Y con esto lo que te quiero decir es que el paciente acepte, sí, pero que acepte doblemente, porque muchos te dicen, -bueno sí, soy hipertenso, o soy diabético... y qué. Ahora sí que como dicen por ahí, les vale, les vale sombrilla y siguen igual. Entonces el trabajo que tienes por delante cuando detectas a un hipertenso o un diabético, es por una parte convencerlo de que es un hipertenso o diabético y por otra parte, convencerlo de que éstos problemas son una enfermedad, algo que le puede hacer daño, aunque ahora no sienta nada o sienta cosas mínimas y que no sólo le van a afectar a él sino a su familia también. Y ahí empieza tu labor como médico”.

Los retos que se impone esta doctora en su trabajo aducen a los dos momentos importantes en la experiencia de vida de los pacientes, que se denotaron y analizaron en el capítulo anterior. Uno está orientado a la identidad y el otro está orientado al comportamiento, por tanto, a sus acciones. Brunner y Turnner (1986) definen las acciones que los sujetos realizan cuando están de por medio cambios en la concepción del ser de la persona, a diferencia de aquellas que están orientadas sólo a la tarea. Es decir, participar en el convencimiento de que se trata de un paciente con una enfermedad crónico-degenerativa es parte del trabajo de los prestadores de servicios, que se complementa con la otra parte: participar del convencimiento de que requiere desarrollar una conducta específica frente al problema.

Partiendo de que la presentación de una enfermedad crónica es un proceso de experiencia de largo plazo en la atención a los pacientes, en gran medida los dilemas de los médicos entrevistados giran alrededor de los avances y retrocesos que van obteniendo en su constante y continua relación con los pacientes. Algunos de ellos, los más interesados, distinguen que los cambios no se pueden generar de la noche a la mañana y que su trabajo además de individualizar criterios con cada uno tiene que ser constante y no dejarse llevar por la rutina, la inercia, o como lo reflexionan, *“ponerse en el automático y dejar que suceda lo que tenga que suceder”*. En su experiencia, enmarcada por los obstáculos y limitaciones que les plantea la estructura del trabajo institucional, reconocen que el paciente con enfermedades crónicas es un compromiso de atención de todos los días. Se debe valorar lo que dice en cada momento de la consulta, escucharlo y estar atento a los cambios en su evolución y las dificultades que presenta. Estos pacientes necesitan saber cómo están sus cantidades de glucemia y de presión arterial, valorar el peso, recomendarles los cambios en la dieta, saber el ejercicio que están realizando, los cuidados que están teniendo sobre la prevención de complicaciones de todo tipo y, sobre todo, cómo está su salud mental, que es fundamental para lograr un adecuado control.

Los cambios requeridos en sus formas de vivir se reconocen como un movimiento procesal con avances y retrocesos, donde el mérito de la atención es la constancia en escuchar, explicar y alentar a los pacientes todo el tiempo, pero partiendo de la experiencia del paciente. Entonces la estrategia seguida es ir buscando avances y logros pequeños. Se sabe que el paladar está acostumbrado a comer con sal y con azúcar, por lo que el gusto de los pacientes por determinados alimentos no se va a cambiar de golpe. Que una persona que no está acostumbrada a hacer ejercicio, va a rechazar moverse por los dolores musculares iniciales que va a sentir. Algunos médicos llegan incluso a entender que el paciente no está solo sino que vive inmerso en

diversos espacios de relación dónde puede toparse con los estresores sociales tratados en el capítulo siete, que lo pueden afectar. Comienzan a transformar el concepto de enfermedad por el de padecimiento. El trabajo cotidiano es no cansarse, estar alentando al paciente repitiendo lo que se requiere, porque insistir sobre los cambios que necesita hacer es parte de las opciones para que transforme prácticas sociales en hábitos de vida necesarios cuando se es diabético o hipertenso.

Yo pienso que al paciente hay que explicarle todo lo que tiene que ver con diabetes e hipertensión. Sobre todo las complicaciones. Yo trato de llegarle al paciente por el lado de las complicaciones, que entienda qué es lo feo de las enfermedades, lo que hay que evitar... pero está en chino, es aceptar que tienes una enfermedad de por vida, que no eres sano, que toda tu vida vas a ser un enfermo... y... ¿quién quiere aceptar eso? Yo por eso trato de suavizarla, trato, en primera, de que el paciente no se asuste, que piense que no se le va a caer el mundo encima por ser diabético o hipertenso. Les digo que pueden llegar a ser personas normales, nomás que diferentes... que requieren de tener más cuidados que otros con lo que comen y con el tipo de ejercicio que tienen que hacer. Entonces como que salen más relajados, más contentos y con mejores caras. Según ellos ahora sí van a llevar su dieta, ahora sí van a dejar de comer esto o aquello, ahora sí van a caminar, todos los días. Eso me dicen en el consultorio.... ¡nombre dicen muchas cosas! A veces son puras promesas y a veces te encuentras con gente, con pacientes que desde la primera vez que les hablo, que les explico, que les insisto, te responden y cambian los hábitos, pero no... la mayoría no... este es un trabajo de años”.

Servicios de apoyo, trabajo social y nutrición

El equipo de trabajo con que puede contar el médico es: su asistente médica en el consultorio, la trabajadora social, la nutricionista en el caso de la UMF-A y el servicio de medicina preventiva. Del apoyo de la asistente dependen muchas cosas, ya que es la cara de presentación inicial de la Institución con el paciente. Ellas reciben las tarjetas de solicitud de consulta y organizan el listado de los pacientes. Es decir, definen quién va primero y quién después. Anotan las citas de los pacientes diabéticos e hipertensos y están al tanto de su cumplimiento o incumplimiento, pesan y miden al paciente incluso algunas les toman la presión arterial; mantienen actualizado el expediente clínico, organizando las notas de cada uno de los servicios a los que acude el paciente, las notas de contrarreferencia de otras especialidades y los resultados de exámenes paraclínicos.

Son ellas las que saben si un paciente está vigente o ha sido dado de baja. Tienen el compromiso de avisarle, de orientarlo sobre los servicios y enviarlo a trabajo social, medicina preventiva, nutrición y dental cuando se observe que no tiene valoraciones por estos servicios. Pero sobre todo son las (porque no observé la presencia de ningún asistente médico, hombre) que con un trato amable evitan que el paciente se enoje, se enfade, y sea capaz de esperar su turno para ser atendido. Los problemas empiezan cuando la asistente no realiza su trabajo como debe ser y en su relación con la persona impera el maltrato:

“...porque mira las asistentes... de ellas depende mucho que se enojen o no se enojen los pacientes. Pero es como todo hay buenas asistentes y malas asistentes. Hay algunas que te ayudan se convierten en tu brazo derecho, y hay otras que en vez de ayudarte... tratan mal a los pacientes, los ponen hasta en contra del médico. El paciente cuando entra al consultorio ya viene enfadado, o enojado, piensa que el médico va a ser igual o peor y de entrada quieren pelear contigo. Yo he tenido que calmar a muchos pacientes para poder trabajar con ellos, por eso ante todo hay que empezar con un buen trato...la mayoría de las que no son jóvenes, que ya tienen sus años de antigüedad, se vuelven colmilluditas hacen lo absolutamente necesario y algunas tratan mal a los pacientes. A ver si así los asustan para que no vuelvan...”

Además de la consulta, los pacientes en las UMF pueden acudir por sí solos, o son enviados por el médico o a la asistente, al servicio de medicina preventiva, al de nutrición y al de

trabajo social. Para el tipo de pacientes que nos interesan, estos servicios son fundamentales. En el servicio de medicina preventiva es donde se lleva a cabo el programa de detección oportuna de enfermedades, la prueba para medir los niveles de azúcar en la sangre capilar, es realizada mediante un procedimiento muy sencillo que consiste en un leve pinchazo en el cuarto dedo de la mano izquierda para obtener una muestra de sangre, que se coloca en una tira de reacción enzimática. El resultado es un referente aproximado que puede indicar normalidad o anormalidad. En el caso de ser anormal, el paciente es enviado de regreso a su consultorio para iniciar un protocolo de estudio. En el mismo servicio se detecta a las personas que se considera que integran, por su edad y sus antecedentes familiares, un grupo de riesgo para padecer hipertensión arterial. Se les realiza también una medición de su presión para posteriormente seguir el mismo camino que en el caso de la diabetes, si se detecta elevada.

Pero en el seguimiento del paciente interesan más los servicios de trabajo social y nutrición, porque sus programas tienen como finalidad participar en el tratamiento de largo plazo de los pacientes. El servicio de trabajo social es el encargado de realizar las actividades básicas de educación para la salud que tanto interesan en los padecimientos crónico-degenerativos. Todos los grupos de edad en que se ha dividido la población de acuerdo con los PRISA, son atendidos aquí cuando son enviados desde el consultorio o captados directamente por los responsables de los servicios. Además de dar la orientación por grupo de edad sobre las actividades de prevención específicas, en lo que respecta al adulto mayor, en trabajo social, el paciente será recibido por el prestador (a) del servicio. Después de obtener sus datos generales, se lleva a cabo una entrevista personal para detectar cuáles son sus problemas de salud y se elabora un estudio sociomédico para conocer su contexto de vida. Una vez identificadas las patologías del paciente, se le integra a un grupo de orientación y posteriormente a un grupo de ayuda mutua. Se promueven las acciones médico-preventivas necesarias y se registran en una nota de trabajo social que se integra al expediente. La trabajadora social deberá coordinarse con el equipo multidisciplinario para la atención integral del paciente. Recibe además el reporte de pacientes remisos y tiene el deber de hacer su reconquista. Colabora activamente en las actividades sociales, culturales y coordina la participación del personal de salud en las actividades educativas dirigidas al adulto mayor.

El servicio de nutrición funciona de manera similar: una vez captado el paciente diabético o hipertenso, éste es pesado y medido, se investigan sus datos generales, se calcula su índice de masa corporal, se le toma el perímetro de la cintura y se le realiza una entrevista para conocer sus hábitos de alimentación. Se le explica en que condiciones se encuentra en relación con los valores que debe manejar como un peso ideal. Se hará de su conocimiento la dieta indicada elaborada según las características particulares de cada paciente y de su tipo de patología, es decir, personalizada. En este servicio también se le invita a participar en los grupos de ayuda mutua y en los talleres educativos acerca del sobrepeso y la obesidad.

Ambas UMF cuentan con el servicio de trabajo social, pero el de nutrición existe sólo en la UMF-A. En ésta unidad, laboran en el turno matutino tres trabajadoras sociales y en la UMF-B solamente una.

Las cosas se aprenden en grupo. El cachondeo de un taller de educación para la salud

Con los recursos que cuenta la UMF-A realiza periódicamente un taller de información sobre DM2 y HTA dirigido a los pacientes. El taller dura una semana y es apoyado por los servicios de medicina preventiva, nutrición, por el jefe de consulta, algún médico familiar o incluso algún

especialista en otras ramas de la medicina. En la estructura del taller, el tema del primer día es la definición de las enfermedades, su característica de cronicidad y degeneración y la trascendencia de las acciones del paciente para el tratamiento. El escenario es el auditorio de la clínica y el público lo conforman 25 personas. La dinámica del primer día estuvo a cargo de dos de las trabajadoras sociales apoyadas con un rotafolio como material educativo. Una vez explicados los componentes del tema, se sucedió una sesión de preguntas y respuestas. Fue interesante observar las inquietudes de los pacientes, la variabilidad de sus conocimientos y las respuestas de las trabajadoras sociales.

Los pacientes entablaron una especie de diálogo con preguntas y respuestas entre ellos: hablaron de la multicausalidad de las enfermedades, vinculando en una relación causal directa a la herencia, el tipo de comida, el tabaquismo y el alcoholismo, pero dejaron fuera a la gordura y al sedentarismo *puede haber gordos flojos sin diabetes*, decían. Se comunicaron entre ellos su experiencia con respecto a las distintas formas en que a cada uno se le manifestó la enfermedad y se hizo énfasis en el tipo de emociones que les despertó el saberse con alguno de los padecimientos. Destacaron la tristeza, la ansiedad y la angustia.

Me llamó la atención la referencia a lo difícil que resultó para algunos reconocer la enfermedad y buscar atención. La explicación giró en dos sentidos: por una parte la adjudicaban a la ignorancia y el desconocimiento, por la otra a la desidia o la vergüenza. Mencionaron que tenían familiares o conocidos que murieron de cáncer de mama o de cuello uterino por la vergüenza de no aceptar que las revisara un médico o médica, amén del cáncer de próstata en los hombres. Se discutió sobre los rangos de normalidad, aclarando por parte de las trabajadoras sociales cuales son las cifras ideales para la presión y para la glucemia. A los pacientes les pareció que era muy difícil llegar a esas cifras, ellos se conformaban con tener algo cercano, porque la mayoría nunca alcanzaba lo que las señoritas y los médicos les decían que son los parámetros normales. La discusión se centró entre lo que era deseable y lo posible, los pacientes hicieron referencia a las dificultades para llevar una dieta estricta, en lo que hubo consenso. Mientras que, por su parte, la trabajadora social remarcó las pautas de tratamiento en tres aspectos: la alimentación, el medicamento y el ejercicio. Se respondió a las preguntas acerca del tipo de ejercicio adecuado, de los horarios del día convenientes y del tipo de ropa y calzado para hacerlo, así como de la importancia de reconocer datos de alarma al realizarlo.

Además, los pacientes hablaron del güereque, el matarique, la nopalinasa, la sábila, té maravilloso, jugos de nopal, chochitos, retama, míspero, etc. como parte del tratamiento. Las preguntas se centraban en saber si estaba bien o no tomar todas esas cosas. La respuesta de la trabajadora social fue afirmativa pero insistiendo en una cosa, el paciente nunca debe dejar el medicamento.

El segundo día tocó el turno al servicio de medicina preventiva que habló sobre las pruebas de detección y del reconocimiento de los síntomas iniciales que se presentan en las enfermedades. Se hizo hincapié en que el paciente, por lo regular, no hace caso de los avisos de su cuerpo y acude al médico hasta que tiene un problema muy avanzado. Se explicó la importancia de los factores de riesgo y la necesidad de hacer detecciones anuales de los padecimientos cuando se está en riesgo por la edad y semestrales cuando además de la edad se tienen antecedentes hereditarios familiares positivos. Enseguida se mostró a los pacientes, mediante diapositivas, las formas en que pudieran reconocer alteraciones en la circulación y daños en los nervios; así como lo que sucede en las arterias con el envejecimiento y la acumulación de ciertas sustancias como el sorbitol y la glucosa que pueden dañar sus paredes y las envolturas de los nervios.

Se les dijo que el cuidado de la piel de sus pies era muy importante, requieren utilizar zapatos cómodos, no andar descalzos, ni pincharse, ni cortarse muy profundas y en curva las uñas de los pies. En caso de heridas deberán atenderse de inmediato para evitar infecciones, no usar parches, alcohol u otras sustancias químicas. Se les mostró el tipo de ejercicios convenientes para estimular la circulación y aquellos que los podían perjudicar. El taller este día fue eminentemente práctico y los pacientes lo disfrutaron. Preguntaron acerca de sus dolencias como los hormigueos en los pies, el rechinado de las rodillas, la falta de fuerza en las manos, los calambres, la disminución de la sensibilidad y hasta se animaron a preguntar sobre la disfunción eréctil, tema que suscitó exclamaciones alegres y un poco de cachondeo. La enfermera de medicina preventiva tuvo buena disposición para despejar las inquietudes y anunció que en la siguiente sesión vendría uno de los doctores de la clínica que podría resolver con más claridad sus dudas sobre la sexualidad. Los pacientes se animaron y al igual que el día anterior terminaron compartiendo su sapiencia sobre los temas tratados, si bien, con respecto a la disfunción eréctil no hubo comentarios que intentaran dar una explicación al problema, sino más bien chistes de doble sentido.

El tercer día efectivamente se presentó uno de los médicos jefes de consulta. Saludó con mucha ceremonia al público. No llevaba ningún material didáctico, por lo que comenzó a hablar con una voz cadenciosa que luego de escucharla un rato invitaba al sueño. Su tema fue las complicaciones de la diabetes y la hipertensión. Dijo que pueden afectar órganos vitales del cuerpo: el riñón, los ojos, las venas y arterias, el corazón y los nervios. Mencionó que en su evolución tienen singular importancia el sobrepeso y el mal manejo de la dieta. Discurrió acerca de *las ideas erróneas de la cultura porque la gente piensa que estar gordo es estar sano*.

Explicó las señales de alarma que el paciente tiene que estar observando como manifestaciones en su cuerpo de posibles daños a los órganos vitales, desde los pies hasta las alteraciones musculares, articulares y datos de compromiso neuronal. Asimismo, habló de los cambios necesarios en los estilos de vida y se remitió a la personalidad individual y a las actitudes negativas del enfermo como la causa del establecimiento de complicaciones. Dijo que el motivo de que los enfermos pongan obstáculos para no lograr cambios favorables, es porque no desean tener calidad de vida. Se refirió a las consecuencias que las complicaciones del paciente tienen en el seno familiar como el hecho de que las enfermedades en uno de los miembros alteran el funcionamiento de toda la familia, si bien es algo que se puede evitar con el apoyo y la participación de la familia en su cuidado. Así, ubicó la responsabilidad del cuidado en dos niveles: el personal y el familiar, pero su lenguaje estuvo cargado de tecnicismos que impidieron una comunicación adecuada con el público asistente.

Los pacientes preguntaron acerca de los infartos, los exámenes de laboratorio referidos a las grasas como el colesterol, los avisos tempranos de la falla del riñón y las causas de la ceguera. Solicitaron una explicación de los dolores articulares, de las palpitations, el dolor de pecho, la fatiga y el jadeo al caminar. Mencionaron que necesitaban saber cada cuando los tenía que revisar un oftalmólogo, un cardiólogo o un endocrinólogo. El jefe de consulta respondió que sus dudas las resolverían sus respectivos médicos familiares, ante lo cual, algunos de los pacientes externaron sus quejas. Decían que los médicos les hacían poco caso, no los escuchaban, no les resolvían sus dudas y no eran enviados a ningún especialista en años. Por las prisas a algunos, ni los revisaban de la presión mucho menos les quitaban los zapatos para verles los pies, además de que cuando eran enviados a medicina preventiva ni vacunas había. Ese día no hubo risas, ni chistes, y nadie preguntó sobre la disfunción eréctil. La trabajadora social intentó mejorar el ambiente de tensión, les pidió que no se preocuparan, pues todas esas cosas iban a mejorar. Les

indicó amablemente que hicieran dos filas para pesarlos y medirlos y les dio un cuestionario con cinco preguntas. Les adelantó que se llevarían una sorpresa agradable al día siguiente.

Tocó el turno al servicio de nutrición en el cuarto día. Este servicio cuenta con una nutricionista que tiene una plaza de base en el IMSS y dos pasantes de la escuela de nutrición de la Universidad del Valle de Atemajac. Al taller acudieron las dos jóvenes que se presentaron como del servicio de nutrición y explicaron que el objetivo de su plática sería la alimentación saludable por lo que conocerían los alimentos que sí podrían comer, cuáles no y en que proporciones. Comenzaron definiendo que una alimentación saludable es aquella que cumple con los requisitos de ser equilibrada en proporciones, suficiente para cada uno, variada, inocua y nutritiva. Es decir, que debe contar siempre con los cinco elementos que el cuerpo necesita para estar sano y desempeñar todas sus actividades diariamente. Apoyadas en un rotafolio hablaron de las proporciones o raciones, medidas por tazas o cucharadas para hacer una alimentación balanceada. Mencionaron los mitos sobre las dietas para el diabético, resaltando la idea de que un diabético puede comer de todo, pero con medidas. Hablaron del canderel, la fructuosa, y otros edulcorantes explicando que son cada uno de ellos y cómo se pueden utilizar. Explicaron las diferencias en el tipo de grasas que tiene el cuerpo, cuáles le afectan y cuáles necesita y en que tipo de alimentos están.

Dieron consejos acerca de las formas en que se puede comer el huevo consumiendo solo la clara, el pollo, el pescado y la carne magra sin grasa. Cocinar con el aceite medido por cucharadas y utilizar de preferencia aceite de oliva, recomendaron lo natural a lo industrializado, tomar agua natural mínimo dos litros al día, comer las verduras cocinadas al vapor y nopales cada tercer día, pan integral, frutas con cáscara y prescindir del cigarro, la cafeína y las bebidas alcohólicas en exceso. La intervención de las nutricionistas fue práctica e ilustrativa y despertó un sin fin de preguntas. Los pacientes preguntaron sobre el beneficio o perjuicio de los alimentos Light, el pan dulce, la galletina, el jamón, las salchichas, el chorizo de soya, los refrescos rebajados, etc. Las respuestas de las jovencitas fueron ambivalentes y contrapuestas entre ellas, haciendo notar su falta de experiencia. Por lo que una de ellas tomó el liderazgo y la otra se quedó callada, pero las contradicciones entre ellas no fueron motivo para minar su entusiasmo. Una vez terminada la sesión de preguntas y respuestas, procedieron a repartir las dietas que habían elaborado personalizadas para cada uno de los pacientes, medidos y pesados el día anterior. Entonces surgió un nuevo problema, los pacientes no entendían lo que estaba anotado en relación con las raciones para consumir de cada alimento. En efecto el diseño de la hoja que contenía la dieta era complicado.

Pero era tarde ya, el tiempo destinado a la sesión había terminado y se necesitaba el auditorio para otro evento. La trabajadora social informó que las dudas las resolverían al día siguiente, último del taller, y se necesitaba la colaboración de los pacientes porque todos tendrían que traer un platillo preparado. La dinámica que se tenía pensada era mostrar en la práctica cómo se podían balancear los alimentos y en qué proporciones se puede comer cada uno. Se distribuyeron los alimentos solicitados para el día siguiente, cada uno de los presentes colaboraría con un platillo, se cuidó de cubrir todos los grupos de nutrientes.

Era viernes, último día del taller, el escenario cambió. El camión llegó temprano por la gente. Los pacientes acudieron con sus viandas, vestidos con pants y tenis, el almuerzo se haría en la Unidad deportiva del IMSS en Santa Ana, como día de campo. Una vez instalados, las nutricionistas tomaron una de las hojas de dieta y fueron explicando con los alimentos preparados, las medidas que recomendaban en el papel. Esta lección práctica fue esclarecedora y se entendió cuáles eran los grupos de alimentos, las medidas recomendadas, los cambios y mezclas que se podían hacer, amén de que el desayuno se disfrutó, rodeado por esa aureola de

paz y esperanza que transmite el verdor de los pastos, el murmullo del viento meciendo las hojas de los árboles y la tierna sonrisa de la gente vieja que está viviendo un día más con diabetes o hipertensión.

Las trabajadoras sociales y las nutricionistas, mencionan que de todas las actividades realizadas con diabéticos e hipertensos, la que da mejor resultado es la del taller. Me muestran las preguntas que les hacen a los pacientes antes, y las comparan con un cuestionario después del taller. Dicen que es notable la diferencia en la cantidad y la calidad de información que los pacientes manejan después del taller. Coinciden en señalar que esto no es garantía de que el paciente cambiará su estilo de vida, pero que por algo se empieza y en grupo siempre se motivan más. Muchos de ellos se animan y pasan a formar parte del grupo social de autoayuda conformado por pacientes crónicos no solo con diabetes e hipertensión sino también con otros padecimientos. Los lazos de apoyo, solidaridad y cariño que se desarrollan entre ellos, llegan a ser tan fuertes que muchos consideran al grupo casi como su segunda familia. Entonces notan que los cambios tan ansiados en el control de sus enfermedades se pueden llegar a lograr y ser persistentes. La diferencia con aquellos pacientes que no tienen un referente de este tipo es significativa.

Cómo llegarle al corazón. Personalidad y conocimiento

Marcus y Fisher (1986:81-122) se han referido a la personalidad para mostrar las diferencias entre las culturas. Para ellos la personalidad es la base de las capacidades humanas y de las acciones porque registra un sistema de significados no superficial sino profundo, en el que las ideas acerca del sí y la expresión de sus emociones, es un método para la comprensión de la cultura, más bien dicho, de las culturas. Entienden la personalidad como la representación culturalmente variable de experiencias de la realidad conectándose de esta forma con la antropología de la experiencia. Aportan el elemento explícito de las emociones al concepto de agencia humana (Giddens, 1976; Long, 1992) concepto que, según refieren, los antropólogos han utilizado como un marco para representar a los sujetos sin reconocer abiertamente la individualidad del sujeto. En este punto estarían más en sintonía con lo que propone Turner (1992) cuando dice que el actor social no es en esencia un cuerpo que piensa y escoge, más bien, es alguien que reflexiona, siente y vive su agencia humana. Aunque comparten con ellos el criterio de que cualquier acción descrita por una teoría social debe ser explicable en términos de la elección del comportamiento de actores individuales de acuerdo con sus contextos, dado que éstos son las unidades empíricas obvias de la vida social.

Estos autores plantean centrarse en la construcción de la persona a partir de sus discursos y comportamiento preguntándose qué es la vida para estos sujetos y cómo se manifiesta emocionalmente en ambientes variados. Esta reflexión viene al caso al observar las diferentes formas de ser y de interactuar de los profesionales de la salud con los pacientes durante el desarrollo del taller. También cuando interesa mostrar la calidad del compromiso del trabajo de algunos de los prestadores del servicio en las UMF como es el caso de la trabajadora social de la UMF-B. Es interesante sin duda, ver cómo a partir de su experiencia afloran las características de su personalidad al atender a los pacientes. Con conocimiento, tenacidad, inteligencia, creatividad e iniciativa supera la falta de recursos y los obstáculos que le ocasiona la estructura de la Institución, su meta es llevar a cabo una práctica de atención más efectiva.

En la UMF-B la trabajadora social está sola en la unidad, pero realiza un taller semejante al de la UMF-A con cuatro sesiones teóricas y una práctica que tocan los mismos temas. Ha

conseguido hacerse de un equipo, apoyada por organismos ajenos al IMSS. La nutricionista es de la empresa Yakult y la apoyan diversos médicos y asesores miembros de la Sociedad Mexicana de Diabetes que además cuentan con material de apoyo docente abundante, por lo que las sesiones son claras, divertidas, con información de primera mano y con buen apoyo técnico.

La Trabajadora Social de la clínica es una mujer chaparrita, regordeta, de cara redonda, tez blanca y chapeada. Lo que más sobresale de su persona, son sus ojos, grandes y expresivos. Su mirada inquisidora me envuelve cuando le solicito una entrevista acerca de su trabajo relacionado con los diabéticos e hipertensos de la clínica. Tiene trabajando en el seguro cerca de 15 años, pero en la UMF-B entre 5 y 6. Relata que en su experiencia en todos estos años, lo que le ha llamado más la atención es la diversidad del trato hacia los pacientes por parte del personal de la clínica. Dice que lo básico es la forma en que cada quién desarrolla su trabajo, es decir qué tipo de atención se le brinda al paciente por parte del médico, de la asistente, del servicio de dental y de trabajo social. Para hablar de su trabajo empieza relatando una experiencia que dice la dejó marcada para siempre:

“Estaba dando una de las pláticas cuando llega una persona, era diabética ella, tenía mucho tiempo de no verla, yo la había tenido aquí sentada, ahí donde está Ud. en el mismo lugar... le hablé de todo lo que le podía pasar si no se cuidaba la diabetes, le dije que se le podían afectar los ojos, los riñones, que se podía quedar sin sus piernas si llegaba a tener afectaciones a su circulación. Estuvimos platicando mucho rato, y ella sólo decía que sí, que sí... aparentemente me entendió, vino dos o tres veces, se fue y durante mucho tiempo no la volví a ver. Han de haber pasado como cinco años cuando la volví a ver. Pero... ¡hay señorita, estaba tan acabada!, pálida y ya ve que se les hace un color especial a los pacientes cuando tienen daños a los riñones o cuando tienen problemas con la circulación, después de años de ser diabéticos. Pues estaba la pobre pálida, pálida... amarilla. Cuando la vi le dije: Ora tu fulana pos que milagro... ¿por qué te desapareciste? aquí te estuve esperando, qué, ¿estás mala o qué? Créamelo que después me arrepentí de haberle dicho esto, porque la paciente... ¡Hay, que suelta el llanto, la lloradera! y me va diciendo que así como le había dicho yo hacía cinco años, justamente así pasó. Ya la estaban dializando porque se le habían afectado los riñones, a los ocho años de ser diabética. Fíjese nomás.

Yo me quedé así... impactada... porque sentí como que la paciente me hacía responsable...no, más bien... no sé, yo, me sentí responsable... créamelo que fue de mis peores días. Sentí tan feo que pensé trágame tierra. Pensé en dónde estuvo... en dónde estuvo mi error... que no pude hacer nada por esta paciente... no logré acercarme a ella... no logré que me escuchara... llegarle al corazón para que se cuidara y no terminara como ya estaba... ¡claro! ésta fue de mis primeras experiencias”.

La reflexión que hace la trabajadora social, posterior a este hecho y derivado de la convivencia constante y de muchos más años con los pacientes diabéticos e hipertensos, es que el trato con los pacientes crónicos es difícil porque reinciden con frecuencia en comportamientos dañinos a su salud. Considera que por eso es tan importante lo que llama *la asistencia social*. Es decir la atención dirigida no sólo al diabético o al hipertenso, sino también a la familia y a los que lo rodean, sus amigos, sus ambientes de trabajo, las personas con las que convive. Está convencida de que el papel de trabajo social debe ser justamente eso: trabajo de asistencia social. Pero refiere que en el IMSS en el nivel directivo no se tiene esa visión:

“Aquí en el seguro, yo les he dicho. ¿Cómo es posible que no podamos dedicarnos realmente al trabajo social, siendo lo que somos trabajadoras sociales? Muchas veces he solicitado que se amplíe otra plaza aquí en la clínica, porque ya entre dos podemos entonces dividirnos el trabajo. Así, un mes una podría dedicarse a todo lo administrativo y la otra a lo social. En un mes se puede tener en perfecto orden todos los papeles que les gusta ver a los de la supervisión. Porque ellos no le preguntan de pacientes, o de cómo va el trabajo, qué problemas tenemos... sino que le dicen, cuántos has paloteado en la forma tal... y cómo llevas el registro fulano... cuántas acciones de lo

del prevenimss... eso es lo que vienen a pedir ellos... es lo que les interesa... números y más números. Pero ¿cómo quieren que alcancemos las metas si la mitad del tiempo lo invertimos en llenar todos los papeles?"

Piensa que trabajar con las familias sería lo ideal. Pero en las clínicas, a pesar de que se denominan Unidades de Medicina Familiar, no se puede llevar a cabo un trabajo de este tipo por la forma en que está pensado el sistema en general. Para lograr una atención integral a las familias tendría que cambiar la forma en que se encuentra organizado. Pero queda la posibilidad de aprovechar los recursos con que se cuenta para tratar de trabajar en equipo, cosa que para la trabajadora social ha sido más fácil lograr con gente ajena a la Institución. Y critica las formas en que se hace el trabajo en su UMF.

"Aquí ni nutrióloga tenemos, y no es por hablar mal de mis compañeros, pero yo he escuchado que en el servicio dental se da un trato malo para los pacientes y no se diga desde que llega el paciente con la asistente, que es su primer contacto. Ahí la asistente tiene la oportunidad de abrirle su corazón, de tratar bien al paciente, de ayudarlo a resolver sus problemas. Pero muchas veces qué pasa, llega el paciente y lo primero que se encuentra es con un muro, una pared contra la que rebota, eso de decirle hija y hijo a los pacientes... yo nunca les digo así, siempre les hablo por su nombre porque atrás de esas palabras, se esconde la idea de, te hablo bien para tratarte mal. Y ahí muchas veces empiezan los problemas de los pacientes. Porque en vez de hablarles, explicarles, comunicarse con ellos, se les pinta un panorama de dificultades, de problemas, como te decía de toparse con pared".

Cuando le pregunto a esta trabajadora social acerca de las formas en que establece el contacto con los pacientes crónicos, me dice que para ella lo más importante en un principio es lograr empatía con el paciente. Poder llegar a su interior para saber cómo está, cómo le ha ido en la vida, cómo se siente, vinculando las emociones, la dolencia física y los problemas contextuales de vida del paciente. Tal y cómo lo plantean Marcus y Fisher (*op. cit.*). Entonces se vale de recursos como la aromaterapia, impregna el consultorio de una mezcla de lavanda, incienso, romero y *otras cositas*. Su primer propósito es lograr que el paciente se calme, se tranquilice, para empezar a conocerlo a partir de sus datos familiares. Considera que el momento crucial para hacer que el paciente le tome confianza y *se abra* lo descubre en sus emociones. En la forma en que expresa sus emociones cuando le está preguntando, es cuando empieza a conocerlo, a saber qué es lo que tiene ese paciente. Es el momento culminante de descifrar lo qué para él y para ninguna otra persona en el mundo es importante. Le concierne sólo a esa persona y es un indicador de por dónde:

"entrarle para establecer un contacto. Ahí me empiezo a adentrarme en sus vidas, es cuando empezamos a dialogar. Algunos se justifican de sus actos, otros buscan explicar su situación culpando a otros, a algunos les agarra la tristeza y empiezan a llorar. Pero todos responden de una forma o de otra contándome sus vidas, sus problemas... qué les mortifica, por qué se enojan. Casi a la primera consigo que se abran, que me permitan ver cuál es su problema principal, y salen los problemas: que el descuido de las madres, que el alcoholismo, que el maltrato a la familia, que no tienen trabajo, que no tienen dinero, que esto, que lo otro y así... después de esto busco acercarme a veces más pronto, a veces más tardadito, a su problema de diabetes o de presión alta".

La trabajadora social detecta los mismos problemas que los pacientes aducen cuando se les entrevisto sobre las dificultades de hacer cambios en sus conductas, los que se analizaron en el capítulo anterior:

"Que no hacen la dieta porque no hay dinero para llevarla. Que no les gustan las verduras y que no piensan comerlas. Que no saben por qué están gordos si comen poca comida, cuando en realidad las cantidades que comen son excesivas. Que no salen a caminar porque les duelen los pies. Que no pueden llevar un lonche adecuado a su

trabajo. Que tienen que cuidar a los nietos, los hijos, o a los padres y por eso ya no salen a hacer ejercicio. Que el marido es un alcohólico empedernido, los hijos drogadictos, y ella siempre está con el Jesús en la boca... y así”.

Ella ha entendido que al inicio los pacientes ven a la diabetes como una enfermedad sobre la que no hay mucho que hacer, porque no se les va a quitar y se conforman con tomarse la medicina. Entonces es cuando entra la labor del personal de salud. Se tiene que estar trabajando con ellos para que comprendan que no sólo es que sean diabéticos, sino que pueden ser diabéticos con amputaciones, con ceguera, con insuficiencia renal y eso es lo que se tiene que evitar. Y relata una de las estratagemas que utiliza:

“Les pongo el ejemplo, con algo que tu puedes decir que es una cosa muy tonta, pero que sirve. Les digo que invertir en su salud es como invertir en el banco, los intereses les van a dar beneficios y que entre más inviertan mayores serán esos beneficios de los que van a disfrutar entre más largo sea el plazo en el que invierten. Les digo que en estos momentos están frente a un semáforo en luz amarilla que indica la preventiva. Que ellos saben si se quedan en alto o prefieren tomar el siga... les digo que ellos tienen la palabra. Claro que casi todos en esos momentos me dicen que sí, que van a echarle ganas, que se van a poner a trabajar sobre su dieta, que van a bajar su peso, que esto que el otro, algunos dicen que hasta el gimnasio van a parar saliendo de aquí jijijiji. Pero por eso es importante el seguimiento”.

Dos procesos, acciones para la identidad y acciones para la tarea. En contra de la gordura, el suicidio y en favor del futuro con imaginación

En la estrategia anterior, se distinguen los dos procesos interrelacionados mediante los cuales los pacientes llegan a tener una identidad y pueden transformar sus conductas. Apelando al concepto de normalidad *versus* estado patológico, se trata de convencer a los pacientes de que pueden considerarse personas sanas, sin enfermedad, una vez que establecen el control adecuado de la misma. El objetivo es que el paciente acepte ser diabético o hipertenso y piense cómo estar mejor, cómo puede permanecer bien para así evitar o aplazar las complicaciones de la enfermedad. Para tal efecto, uno de los recursos que la trabajadora social utiliza es hacer reflexionar al paciente sobre el uso del tiempo.

Cuestiona en particular el tiempo dedicado a ver televisión que es el medio masivo de comunicación que se ha convertido en la fuente principal de entretenimiento de todos, niños, jóvenes y adultos, volviendo la vida más sedentaria, con una programación que deja mucho que desear. Las películas, telenovelas, caricaturas, comerciales, etc. se perciben como parte de un aparato o sistema que contribuye más bien a formar hábitos perjudiciales de alimentación, dependencia al tabaco, al alcohol, o a las drogas; que como un recurso que pudiera ser educativo. La trabajadora social les dice a las mujeres que ver telenovelas solamente las hace más sensibles y sentimentales a los problemas de su propia vida favoreciendo una actitud conformista y sumisa. Es como si se quedaran en un *impasse* porque esperan que sus problemas se solucionen como en las telenovelas. Esperan que el marido alcohólico y el hijo drogadicto lo sean nada más por un ratito, se vuelvan buenos y las recompensen de todas sus maldades. Les hace pensar acerca de lo que les puede reportar mayor beneficio: ver comerciales que los invitan a fumar y tomar o dedicarse a hacer ejercicios de acondicionamiento físico.

Otro elemento que le molesta y sobre el que trabaja con los pacientes es su idea fatalista de los padecimientos. Considera que ésta es una manifestación del conformismo y de la baja estima del mexicano producto de la conquista, piensa que el resultado del mestizaje no nos trajo muchos beneficios. Para ella nos quedamos con las peores cosas de los indígenas y los españoles. Por eso le irritan las personas pusilánimes que no hacen nada en su provecho. Para tratar de

incidir en actitudes de este tipo se vale de los conceptos religiosos de los pacientes. Les dice que pensar en que se van a morir es una idea suicida y el suicidio es algo castigado por Dios. Moralmente una persona que se suicida está incurriendo en pecado mortal porque está terminando con algo que solo le corresponde a Dios. Y lo que es peor, lo está haciendo cotidianamente, pues al no realizar actividades de autocuidado está viviendo en el pecado todos los días, claro que ella sabe a quién se le puede decir esto y a quién no.

Una más de sus técnicas es hacer reflexionar a los pacientes en lo que sería un futuro con calidad de vida. Les dice que el tiempo importante no es únicamente el presente. Que para ellos su tiempo ahora es su futuro de mañana. En su experiencia con este ejercicio muchos pacientes se dan cuenta de que estaban atrapados momentáneamente en un callejón sin salida, en un círculo vicioso que les parece el momento más fatal de su vida y que les quita las ganas de hacer algo por ellos mismos. Pero cuando se salen de ese círculo empiezan a abrir una puerta, una vía para escapar del fatalismo, entonces los conmina a que se imaginen a sí mismos en el futuro. Enseguida contrasta los deseos con la realidad para empezar a elaborar un plan de actividades donde las metas por lograr sean factibles y se vayan alcanzando poco a poco. Considera que estas son formas de entenderlos, de comprenderlos, porque piensa que no es lo mismo estar afuera que adentro.

Conclusiones.

Hasta aquí se ha visto cómo se desarrolla una dinámica institucional de atención a los pacientes diabéticos e hipertensos en tres escenarios diferentes de las UMF. Se apreciaron los elementos estructurales de su organización y las formas particulares de trabajar de los profesionales de las clínicas. Se evidencian los obstáculos para obtener mejores resultados ubicados en dos niveles de análisis. Por un lado en el nivel de estructura institucional se enfrenta la demanda excesiva de consulta, los recursos limitados para estudios de laboratorio y gabinete. Los problemas del abasto de medicamentos, la cobertura de los puestos vacantes, la insuficiente respuesta a la solicitud de atención en otros niveles y la escasez de insumos en el trabajo cotidiano. Se observaron también las diferentes formas de concebir a los pacientes y el trabajo institucional por parte de los directivos y del personal operativo, así como los roces que esto puede provocar.

Las nutricionistas y trabajadoras sociales reconocen la insuficiencia de personal, de material de apoyo y material didáctico. Sienten las divergencias entre la solicitud de cumplir con requisitos administrativos y las necesidades de atención de sus servicios. No reciben apoyo de los directivos a pesar de ser servicios fundamentales en el tratamiento de ambos padecimientos. En ninguna de las UMF se cuenta con un apoyo de psicología, a pesar de la importancia del manejo emocional que requieren estos pacientes. En suma, no existe una visión integral en la concepción de pautas de intervención.

Pero aun con todos los problemas se continúa con el trabajo cotidiano. En el nivel operativo, se constata la importancia de la agencia y la personalidad individual como factores si no decisivos, sí marcadamente influyentes para obtener distintos resultados en la atención de enfermedades crónicas. La experiencia de atención en un mismo espacio institucional es variada y se balancea entre puntos casi extremos. La concepción del paciente, de la enfermedad, de la Institución y la identidad de sí mismos como trabajadores de la salud, resultaron discordantes entre los profesionales observados, participantes de esta fase de la investigación. Un proceso de atención en el largo plazo significa un esfuerzo constante y permanente, donde las estrategias tienen que establecerse de acuerdo con cada paciente y el profesional de la salud se enfrenta al

reto de compenetrarse con ellos para lograr influir en el futuro de su padecimiento. Unos lo logran de un modo, otros de otro y otros más nunca lo logran y probablemente tampoco hayan aceptado el reto. Entender el punto de vista del paciente no es tarea fácil, como tampoco lo es entender sus procesos de vivir como enfermos crónicos. Esto requiere competencia técnica, pero también humana. Adquirir conocimientos desde la biomedicina puede ir aparejado de la adquisición de habilidades para establecer un diálogo y una comprensión del paciente. Aquí las ciencias de la conducta tienen mucho que aportar para reformar los componentes de la currícula de formación de los profesionales de la salud.

Varios de los actores sociales participantes han desarrollado estas capacidades necesarias a lo largo de su experiencia. Pero otros aún continúan varados en el camino.

IX. ENCUENTROS Y DESENCUENTROS. LA NEGOCIACIÓN DE LO NORMAL, LO PATOLÓGICO, EL BIENESTAR Y LAS EXPECTATIVAS DE LA VIDA.

Introducción.

Buscar entender el significado lego de los padecimientos, parte de la necesidad de hacer más efectiva la práctica clínica en medicina. Cuántas veces, al estar en contacto con pacientes, los médicos buscamos por todos los medios clasificar el contenido de lo que nos informan los pacientes como sus sentires en el cuerpo. Esa parte subjetiva que el paciente describe, es complementada con otras señales que los médicos buscamos en el cuerpo físico de la persona. Síntomas y signos (Suros op.cit), deben conducir al diagnóstico.

Pero no todo el tiempo los datos encontrados permiten identificarlos con alguna de las entidades nosológicas, que nos enseñaron en nuestra formación profesional. Cuántas veces esta falta de definición clasificatoria, cierra la puerta a una comprensión de las patologías y por lo tanto a una comprensión del paciente. Cuántas veces el tratamiento del médico, es ineficaz e inclusive muchas veces iatrogénico, al no poder establecer un contacto con el paciente que nos permita dialogar con él, construir con él, avanzar con él.

Uno de los retos de la medicina actual, es encontrar caminos, veredas, pasajes, para identificar adecuadamente los hechos relacionados con la salud, más allá de las lesiones a órganos y sistemas físicos del cuerpo. Sin embargo el estudio de las conductas humanas en torno a la salud tiene muchos aspectos pendientes. Y me refiero no solo a las conductas del paciente, sino también a las de los médicos. La aportación de la antropología médica a la problemática de la salud puede tender el puente hacia los aspectos socioculturales, para iluminar el lado oscuro de los comportamientos en salud, como lo señalan: Herzlich (1973), KLeinman (1980, 1984), Eisenberg (1981), Good (1994) entre otros. Enfermedades crónicas como las aquí estudiadas revisten una oportunidad para construir un objeto de estudio en las ciencias de la salud que colabore a profundizar en investigaciones de este tipo. Hasta el momento me he acercado a una comparación entre las formas que tienen pacientes y médicos para nombrar, clasificar y definir pautas de acción sobre los padecimientos. Se analizaron los escenarios de la vida cotidiana de los pacientes y sus procesos de vivir con una enfermedad crónica. Y también se estudió cómo se desarrollan las dinámicas de su atención en las UMF. La experiencia de los padecimientos con su principal característica que es su cronicidad, muestran un carácter procesal construido socialmente y experimentado individualmente. La cronicidad de acuerdo con Estroff (op.cit.:259) se construye por: su persistencia temporal y las disfunciones percibidas, una gradual pero fuerte redefinición de relaciones con los parientes y asociados cercanos quienes observan, están afectados por o comparten el padecimiento y un contacto continuo con otros quienes diagnostican y tratan. Es momento de considerar lo que sucede en una relación cara a cara entre médicos y pacientes en el escenario de la consulta cotidiana.

De objeto lastimado a sujeto con capacidad de agencia.

La introducción de las nociones del padecer y del padecimiento (Eisenberg 1977, Good 1981) ha transformado el concepto de enfermedad desde una perspectiva biológico-lesional

(Martínez 1991), para integrar en su significado los aspectos socioculturales y la subjetividad del paciente. En el mismo sentido estos aportes han trastocado la concepción del paciente al reconocerlo como una persona íntegra y no sólo como un objeto lastimado. Un sujeto activo y no sólo receptor de órdenes médicas. El paciente tiene sus propios conceptos y conocimientos derivados de su experiencia con la enfermedad. Se reconoce y se promueve su capacidad de agencia individual en la toma de decisiones sobre su cuerpo y en la realización de pautas de acción sobre sus padecimientos. Hunt y Arar (2001) proponen un marco analítico para contrastar los puntos de vista de pacientes y médicos en procesos de manejo de enfermedades crónicas a largo plazo. Ellos destacan que en una relación entre el proveedor de servicios y el paciente se comparten 4 momentos decisivos durante la interacción:

- La explicación dada al padecimiento o enfermedad.
- Los objetivos o intereses de cada uno.
- Las estrategias seguidas para lograrlos.
- La evaluación de los logros y dificultades.

En la primera fase de este marco de referencia analítico, se examinan y comparan las formas de entender la enfermedad -desde el punto de vista del proveedor del servicio- y el padecimiento -desde el punto de vista del paciente-. Se utiliza la aproximación de los modelos explicativos de la enfermedad propuesto por Kleinman (op.cit.) para visualizar el interjuego existente entre los conceptos que se han ido elaborando en contextos socioculturales específicos. En este caso sobre la HTA y la DM2.

En la segunda etapa se analizan los objetivos de ambos, médicos y pacientes en el momento de la interacción y fuera de ésta, para identificarlos y contrastarlos. El mismo procedimiento se sigue en relación a las estrategias y la evaluación que cada uno manifiesta y construye en este proceso a largo plazo de conllevar (dado que no siempre se comparte), la experiencia de la atención sobre las patologías. La cuál, constituye la última fase a contrastar del modelo. En este trabajo el contexto estuvo circunscrito a la relación desarrollada entre el médico y el paciente en el momento de la consulta externa en las UMF del IMSS. Por tal motivo, es relevante considerar a la relación médico-paciente y las distintas formas en que ésta se expresa y se manifiesta como el nodo principal de la atención donde es posible contrastar las categorías analíticas mencionadas.

Los claroscuros de la relación médico-paciente.

No hay duda de que la práctica médica es una interacción provista de sentido (Schutz op. cit.) y que el sentido aflora de una manera negociada y continuada a lo largo de la interacción. La ciencia médica sin lugar a dudas también es una ciencia clasificatoria a través del lenguaje. Pero el lenguaje de la medicina nunca se expresa sólo en el campo de los significados. Su poder se acompaña de elegantes artefactos, tecnologías, imágenes sociales y una infraestructura gigantesca. De esta manera moldea la experiencia única de enfermedad y muerte de millones de personas. (Haraway 1993).

La experiencia clínica es un hecho situado, heterogéneo y diverso que requiere de todos sus sentidos para objetivar lo subjetivo. En la sutileza de la interacción, la percepción de los signos y síntomas de un padecimiento se entrelaza con lo que se puede percibir que está “por

detrás de ellos”. Es decir los motivos, los intereses, las inquietudes, los temores, los deseos, las ideas y conceptos de quién los manifiestan. Pero también de quién los investiga. Generalmente, el énfasis de los estudios con una aproximación sociocultural, (Cohen M: et. al. 1994, DiMatteo M. 1997, Strowig S. 1982 Garro L. 1988), se han centrado en las formas en que los pacientes interpretan, evalúan y ponen en práctica información médica e instrucciones sobre el comportamiento adecuado frente a un padecimiento. Sobre todo si se trata de un padecimiento crónico. Pero de acuerdo con Hunt (2001) igual consideración se debe dar a la perspectiva que tienen los profesionales de la salud, cuando se enfrentan a problemas de este tipo.

Además de que en este estudio la práctica médica se desenvuelve en un marco institucional con estrategias de manejo dirigidas no solo a la curación, sino también a la prevención y promoción de las enfermedades. De esta manera, se pueden revelar las limitaciones de una perspectiva clínica con sus aciertos y desaciertos, así como la legitimidad de la perspectiva del paciente. Incluso si ésta es diferente de la del proveedor de servicio como ya se evidenció en parte, cuando se hizo la comparación del tratamiento en los modelos explicativos de los padecimientos. Lo que puede tener y de hecho tiene, implicaciones sustanciales en la evolución de los pacientes.

En el capítulo de análisis sobre los modelos explicativos los resultados encontrados mostraron que no existen diferencias abismales entre médicos y pacientes. Otros autores han encontrado resultados similares, (Lock 1982, Gaines 1979), adjudicando sus hallazgos por un lado a que en la práctica periódica de la medicina en general el sistema de pensamiento de los médicos está influido por conceptos ordinarios o populares, a los que se habitúan integrándolos en su acervo de conocimientos adquiridos en la literatura científica.

Por otro lado se observa que los médicos conservan también muchas ideas y supuestos sobre las enfermedades que son anteriores a su capacitación. Estos supuestos anteriores a su formación médica, y socializados desde su infancia desempeñan un papel muy importante en la práctica clínica ya que a través de ellos se puede tender un puente con un mejor acercamiento al paciente.

Explorar y analizar entonces la interacción entre los profesionales de la salud y los pacientes a partir de sus percepciones, concepciones y expectativas, es para mí una línea de investigación que puede aportar mayores conocimientos en el campo de la salud. A partir de las cuales se puede colaborar para formular estrategias de intervención que puedan tener mejores resultados. A la vez que se contribuye en la búsqueda de herramientas útiles con otra perspectiva en el campo mismo de la investigación en salud, para aproximarse a la comprensión de los complicados procesos del manejo de las enfermedades crónico-degenerativas actuales.

En un primer acercamiento analítico en el capítulo seis, se hizo la comparación entre las percepciones y concepciones de los padecimientos construidos por médicos y pacientes. Habrá que ver en el momento de la interacción entre estos actores sociales, cómo entran en contacto sus perspectivas sustentadas en los contextos que tienen detrás analizados en los dos capítulos anteriores. Me interesa ahora profundizar en lo que encierra una aparente negociación de intereses y expectativas que parten de modelos compartidos con sus similitudes y diferencias ya evidenciadas. Para tal efecto propongo un modelo analítico que ayude a vislumbrar las formas en que se negocian esos intereses, objetivos, estrategias y expectativas. Así como los procedimientos desplegados para entender la evolución del padecimiento/enfermedad por parte de médicos y pacientes. Se recomienda la lectura de los ejemplos del trabajo de campo seleccionados para cada caso. Ya que éstos ejemplifican la diversidad de la realidad observada haciendo notar que los intentos por sistematizar los datos obtenidos con fines heurísticos no siempre resultan fáciles ni factibles, y el testimonio es sin lugar a dudas el dato empírico más elocuente.

Negociando la salud. Forma y contenido.

Inicialmente la idea del análisis de los resultados de la investigación con respecto a la relación médico/paciente, era aplicar el modelo de contraste propuesto por Hunt y Arar (*op. cit.*). Sin embargo, durante el desarrollo del trabajo de campo, al iniciar la primera sistematización de los datos, me di cuenta de la riqueza y la complejidad de lo que se obtuvo como datos empíricos. El problema estudiado revelaba, tanto por la vía de la grabación como por la observación participante, lo complicado, lo difícil del seguimiento del paciente diabético e hipertenso y sus implicaciones. Se trata de un proceso de relación donde las continuidades, discontinuidades, y en ocasiones las rupturas, conducen a distintos resultados.

Para hacer viable analíticamente el sentido de las interacciones que permitieran situar el contraste propuesto por Hunt y Arar (*op. cit.*), se retoma de Pendlethron (1983) el concepto de que la relación médico-paciente es un proceso comunicativo donde se efectúa un intercambio de información, ideas, creencias, valores, conocimientos y actitudes. Estos elementos pueden fluir en distintas direcciones en el transcurso del proceso de comunicación. De igual manera, se retoma de Inui y Carter (1985) la propuesta de que el análisis debe seguir un método de abordaje. Estos autores están de acuerdo con Pendlethron acerca del carácter expresivo y comunicativo de la interacción y establecen además, que en la relación, existen elementos más relevantes unos que otros, por lo que deben ser recuperados con un carácter sistemático y organizado para que sean útiles en el análisis. Proponen considerar la relación médico-paciente compuesta de unidades relevantes de conducta de ambos, cuya observación deberá realizarse a partir de la expresión de dos códigos: el lenguaje corporal y el verbal. Dividen el contenido de la interacción en tres momentos: El inicio, el desarrollo y el término o conclusión.

Vinculando los elementos aportados por estos autores con los propuestos por Hunt y Arar, mi propuesta es analizar los siguientes aspectos en la dinámica de la relación médico/paciente:

- La forma en que se establece la interacción.
- Los conocimientos mutuos sobre el padecimiento y en general sobre la salud.
- El interrogatorio o anamnesis del médico; es decir, lo que se pregunta en torno al o los padecimientos del paciente.
- La retroalimentación del paciente.
- La información sobre dieta, ejercicio, uso de tabaco, consumo de alcohol y farmacodependencia.
- Información sobre el contexto familiar del paciente.
- La información sobre acciones preventivas y de promoción a la salud.

Esta plataforma teórico analítica me permitió desarrollar una estrategia de análisis, al vincular las dos propuestas mencionadas. Los resultados se exponen en lo que sería la primera parte de este capítulo donde aglutino las variaciones encontradas en tres modelos distintos de relación. Estos modelos de ninguna manera pretenden contener todas las situaciones que pueden presentarse al estar en contacto médicos y pacientes; ni tampoco se elaboraron con una idea moralista en términos de lo que es bueno y lo que es malo. Sin embargo, permiten entender al igual que en el capítulo anterior, que bajo un mismo techo institucional las conductas pueden ser diversas, así como los resultados que se busca obtener en el manejo de los pacientes. De tal modo, con la finalidad de tener una visión más profunda me concentré en los contenidos de la interacción. La sistematización de los datos permitió elaborar categorías analíticas de los contenidos que trataré en la segunda parte del capítulo, que serían:

- Los conceptos sobre las medicinas.

- El autocuidado y la eficacia de la atención.
- La relación poder/saber/conocimiento.

Variaciones de la relación médico-paciente.

El modelo comprensivo.

Ejm 1.

INTERACCION.

Dr. M y Paciente J.

M. J, pase, pase, a ver ... ¿Cómo estamos?

P. Pues bien, ahí la llevo Dr. he seguido todas sus indicaciones y creo que estoy mejor.

M. ¿Ha mejorado su dieta? ¿ya es más estricta?

P. Sí Dr.

M. ¿Y el ejercicio?

P. También Dr.

M. ¿Cuánto tiempo de ejercicio?

P. Media hora Dr. y a paso rápido.

M. ¿Y sus medicamentos?

P. Sí, estoy tomando la glibenclamida y el metformin.

M: ¿Y no tiene mucha hambre, mucha sed, orinadera?

P. Lo normal Dr.

M. ¿Momentos de mareo, sudoración fría y querer comer algo dulce?

No Dr.

M. ¿Algún otro problema J.?

P. Tengo gripa ahorita y me duele el cuerpo Dr. un poco de calentura de ahí en más me siento bien... un tiempo se me quitó el sueño, pero ya estoy mejor...

M. Ya se ve diferente, incluso el color de su piel... ¿sus dientes se han seguido cayendo?

P. No Dr. ya no... gracias a Ud. estoy más controlado y muchos de mis problemas han desaparecido. Para los dientes ya tengo la cita, aunque no he ido. Un amigo me consiguió la cita... pero he tenido mucho trabajo... no he ido todavía Dr. lo tengo pendiente.

M. Y ahí ¿cuánto le van a cobrar?

P. Pues no cobran Dr. es como de beneficio o algo así y lo único que sí pago es mi placa o puente según lo que me vayan a poner.

M: Bueno, tos, dolor de cabeza, vómito, ¿no ha tenido?

P. No, Dr., luego, luego hice gárgaras y me estuve tranquilo el domingo.

M. Bien, voy a revisarlo, a ver como trae su presión.

Está con 130/80 de presión, sus pulmones están bien y su garganta... trae una infección leve. Sus pies ¿se han hinchado?

P. No... No.

M. Dice que calentura no ha tenido ¿verdad?

P. No, ando bien... nomás una punzadita que me da en el oído.

M. ¿Fue a alguna alberca?

P. No, Dr.

M. A ver déjeme revisar los oídos.

P. Éste es el que me duele Dr. aunque no fuerte.

M: Es el mismo problema de su garganta, tiene inflamado por dentro su oído y un poco enrojecido, pero el tímpano está bien. Le voy a dar su tratamiento.

P. Bueno Dr. gracias... Gracias a Ud. y a Dios, ya me siento mucho mejor...

M. No, J. gracias al trabajo que ha hecho Ud., le ha echado ganas a cambiar su estilo de vida y está obteniendo su recompensa con el cambio. Poco a poco su cuerpo va ganando fortaleza y al tener controlada su azúcar empieza a sentirse mejor y sobre todo a evitar las complicaciones graves de la diabetes a futuro... lo felicito.

P. Sí Dr. lo más trabajoso fue dejar el refresco. El refresco es para el diabético como el vino para los borrachitos o la droga a los drogadictos, no lo puede dejar uno. Pero yo gracias a Ud. ya lo dejé.

M. Lo importante es que Ud. le siga echando ganas, que no se desmande, que cuide su dieta.

P. Sí Dr. desde que estoy comiendo balanceado hasta la flojera se me quitó... antes me quedaba dormido en cualquier lado, me cansaba y no podía hacer ningún trabajo sin que ya estuviera sacando la lengua. Y a punto estuve de divorciarme porque sin trabajar pos no arrimaba dinero a la casa, y mi esposa con los niños y ella si trabajaba... ya se imagina Ud. Pero ahora me siento mejor, es algo que no lo puedo decir con palabras, sentir como tengo fuerzas para todo, ahora.

M. Bien J. entonces seguimos igual... su glibenclamida y metformina, el bezafibrato para las grasas, pero acuérdesse que lo más importante para bajarlas es su dieta ¿eh? Esto para la garganta y los oídos y no deje pasar lo de su dentadura.... no le dé largas por favor.

P. Oiga Dr. no me podría dar unas gotas para los ojos también porque de vez en cuando me arden y me dan comezón.

M. Bueno aquí están estas gotitas para los ojos también. ¿Cuándo tiene su cita para los ojos con el oftalmólogo?

P. En un mes más o menos Dr.

M. Bueno, no deje de acudir, que no se le pase. Realmente Ud. agarró la onda J. ha seguido al pie de la letra las indicaciones y por eso está recogiendo la cosecha, pero acuérdesse que ya tiene complicaciones importantes de su diabetes, por tanto tiempo en que no se cuidó. La más grave es la de sus ojos, así que no se descuide.

P. No Dr. ando con ánimo además, ya ve que las chivas ganaron... y eso anima.

M. Pues entonces hay que seguir adelante J.

P. Yo mismo me veo y me siento que estoy mejor, antes, se acuerda... me veía pálido...andaba como muerto, hasta me decían que si tenía el SIDA o qué. Ahora hasta lo pálido se me ha ido quitando.

M. Ya hemos ido avanzando J. Pero, todavía falta... Y el mérito es de Ud. que ha seguido las indicaciones de la dieta, del ejercicio y del medicamento, además de que está aprendiendo a tranquilizarse y llevar la vida con más calma también. Con esto su vida se va a prolongar, pero con mejor calidad... si sigue así va a tener una buena calidad de

vida en el futuro. Vamos a atender lo de sus ojos en centro médico, para eso... ahí... ya sabe, nada más hay que tener paciencia. El objetivo es que no tenga otras complicaciones.

P. Pues ahorita ya me checaron de todo en centro médico, electro y todo me hicieron y salí muy bien del corazón.

M. Bien J. lo bueno es que Ud. está joven, ahorita su organismo todavía responde muy bien, hay que aprovechar esa ventaja que tenemos. Aquí están sus medicamentos y la hipromelosa para sus ojos en lo que lo ven en CMO.

P. ¿Es todo Dr.?

M. Sí por el momento J. Permítame anotar aquí.... bueno...

Siempre tenga presente que lo más importante es el ejercicio y la dieta. Le vamos a dar la cita en un mes sin exámenes porque están muy bien los que se acaba de hacer. Nos vemos la próxima.

P. Sí Dr. muchísimas gracias. Que pase buen día. Adiós.

M. Adiós.

Ejm. 2

INTERACCION.

Dr. F. y Paciente G.

M. Buenos días, pasen, tomen asiento por favor... a ver a quién me traen de visita.

P. Tenemos dos visitas Dr. mire.... son nuestros nietos... haber hijos, se están quietecitos ¿eh?

M. Doña G. ¿Cómo ha estado, que pasó en este mes?

P. Pues mire Dr. me dio para el estómago, pero no me las tomé (las pastillas) porque me enfermé de la gripa, y me sigue este dolor, a veces más recio a veces menos Dr.

M. Y qué está comiendo doña G. ¿No estará comiendo chilito, verdad?

P. Jijiji,.... un poquito sí Dr.

M. Ve, por eso no se alivia doña G. eso de no comer chile es diario, diario, igual que el ejercicio y la dieta, los tiene que hacer de por vida, ¡son sus compañeros de todos los días!

P. Pos sí... Ya me subo a la bicicleta Dr.

M. ¿Ya? que bueno... Ese es buen ejercicio.

P. Sí Dr. me siento mejor de las piernas.

M. Y también tiene que hacer ejercicio con los brazos, muñecas y manos, así mire... y tiene que comprarse su pelotita de esponja para que ejercite también sus dedos ¿eh?

P. Sí Dr. me he fijado que haciendo ejercicio no me duele tanto el cuerpo.

M. Bien, ¿alguna molestia en particular?

P. Sí Dr. es que tengo hongos en las uñas de los pies.

M. ¡Ah caray! A ver déjeme ver. (revisa los pies de la paciente). Sí, efectivamente, tiene hongos, pero vamos a ver... la circulación... ésa parece que está bien, en el paciente diabético o hipertenso eso es lo más importante, los hongos como quiera se quitan, es lento, tardadito, pero se quita, en cambio las alteraciones en sus venas o arterias que

perjudican la circulación, eso ya nadie se lo quita, por eso es bueno también el ejercicio, para mantener activa la circulación.

P. Sí Dr.

M. Acuérdesse de las medidas que habíamos tomado... zapatos de goma no, sandalias para la casa, tenis para la caminata y el ejercicio y no meterse al baño sin sandalias, estropajo, jabón y toalla individuales ¿eh?

P. Sí Dr. y hasta meto mis calcetines en cloro, para tenerlos bien limpios, pero de todos modos me agarró el hongo.

M. Bueno eso le puede suceder a cualquiera, inclusive a los pacientes jóvenes les pasa, pero Ud. debe continuar con sus mismas medidas. Su presión está normal, ahorita no hay problema, vamos a ver el estómago...

P. De ahí si me sentí mal Dr. de la presión no, más bien mis brazos, y el estómago, un dolorcito con ardorcito aquí (se señala la boca del estómago), y algo de mareo, y pos me tomé unas cucharaditas de miel por si fuera la baja presión...

M. Pero esos no son síntomas de baja presión...

P. Pero a veces eso me ha dado resultado...

M. Éste más bien es un problema de la panza, se le inflama y le duele, es lo que se llama una gastritis, sobre todo si ha estado comiendo el chile y si se malpasa o ayuna mucho.

P. Pues otras veces me he sentido así y me encargan en la casa una coca fría... me la tomo, me recuesto y me calmo y siento que se me quita el malestar.

M. No, mire: su tratamiento y sus indicaciones son que Ud. no debe de tomar refresco y de los negros menos, como la coca. Sus indicaciones son que la comida debe ser frecuente durante el día en raciones más pequeñas, porque no puede pasar más de seis hrs. sin alimento, debe tener a la mano yogurt, frutas, panela y comer estos alimentos como colaciones antes de la cena o por la mañana, pero lo menos que debe tomar es la coca. Estos otros alimentos le van a producir el mismo bienestar pero sin hacerle daño.

P. Pues sí Dr. yo en la mañana me levanto como a las seis, me baño y tomo agua luego, luego, como medio litro, siempre tomo agua en ayunas.

M. Bueno... si no va a desayunar inmediatamente después, entonces, tome algo de fruta o yogurth en lo que llega la hora de su desayuno normal. No se espere sin comer nada hasta entonces.

P. ¿Es verdad que le sienta mal a uno la pastilla si se la toma y no come nada?

M. Bueno, la pastilla no le hace daño, nunca le va a hacer daño, pero acuérdesse que debe tomar antes de sus alimentos, porque le va a bajar el azúcar, si se la toma sólo con agua y no come, pues va a asentir el mareo porque le produce baja de azúcar por falta de alimento, no porque la pastilla en sí sea mala y le haga daño.

P. Mmm ya le entiendo Dr. Bueno me da mi medicina, por favor, y también para el hongo ¿eh?

M. Sí doña G.

En este tipo de relación el inicio de la interacción comienza con un recibimiento afectuoso por parte del médico, y respuesta similar por parte del paciente. El interrogatorio del médico al paciente es claro y no se limita a la utilización de términos médicos. Se pregunta, por ejemplo, con palabras utilizadas por los pacientes como orinadera, hambre, sudor frío, desvelo, calentura,

panza, para establecer una comunicación dialogica, en la que se observa la retroalimentación del paciente. El médico no sólo pregunta sobre los datos de descompensación del paciente en un momento pasado o presente, sino que también hace referencia a síntomas que indiquen la presencia de complicaciones de los padecimientos. Se observa en el desarrollo de la consulta la referencia a otro tipo de padecimientos, además del motivo de consulta que es el control de la diabetes. El médico hace un interrogatorio sobre estos padecimientos y una exploración física, una conclusión diagnóstica, una explicación y un tratamiento, con lo que el paciente obtiene una respuesta satisfactoria.

El médico hace alusión de manera reiterativa a los cambios que el paciente hace sobre la dieta, el ejercicio, el cuidado de los pies en torno a la circulación o la presencia de infecciones. Utiliza los recursos de segundo o tercer nivel a su alcance para beneficio del paciente y está al tanto del seguimiento en otros niveles de atención. Incluso en otros lugares fuera del marco institucional donde trabaja. Se interesa por las condiciones económicas y el entorno familiar del paciente, e involucra en la medida de lo posible la participación familiar en el tratamiento. Existe un compromiso en cuanto a los objetivos y estrategias seguidas para la vigilancia y el control del padecimiento, motivando el esfuerzo del paciente y resaltando los logros obtenidos. No se evalúa solamente con base en las cifras de la glucemia, que ni siquiera son mencionadas en el primer ejemplo, sino a partir de los sentires del paciente, sus malestares, su fortaleza, su estado de ánimo, de la mejoría de dolores, o de la ausencia de datos de complicaciones.

Es notoria la insistencia del médico para hacer consciente al paciente de que estos logros y sus beneficios son consecuencia de sus propias acciones, motivándolo a continuar por el mismo camino. La información sobre la importancia de la prevención a la salud, forma parte de manera significativa del discurso empleado por el médico. Las indicaciones son directas y se van presentando en ocasiones en forma dirigida o bien espontáneas de acuerdo con el transcurso de la interacción. Se observa una correspondencia en acciones realizadas por parte del paciente, aunque se trate de personas de edad avanzada, como la paciente G. que tiene 68 años y hace ejercicio en la bicicleta fija.

Es patente en este tipo de relación, el interés que el médico manifiesta al paciente, atendiendo a su forma y posibilidades de vida, explicando la importancia de los cambios de sus hábitos cotidianos, aclarando ideas erróneas por parte de los pacientes con respecto al tratamiento o consintiendo en aquellas que son claras y útiles. Estos factores admiten el establecimiento de una comunicación que permite una explicación compartida de las enfermedades, por lo que su expresión, trasciende hacia los objetivos y las estrategias seguidas para el control adecuado y las posibilidades de evitar las complicaciones de los padecimientos en el futuro. Se denota un compromiso de ambos, médico y paciente, en este proceso de seguimiento, donde los resultados se manifiestan en el bienestar de los pacientes.

Al término de la interacción se percibe una conclusión satisfactoria para el paciente, quien se despide amablemente del médico, con el compromiso de continuar efectuando acciones encaminadas a mejorar sus problemas. Esta manera de realizar la consulta médica se acerca a una especie de tipo ideal de interacción. Desde la antropología médica se vislumbra la necesidad de que tanto en la formación como en la práctica de los profesionales de la salud, se tomen en cuenta las concepciones y representaciones culturales de los padecimientos, los que, pueden ser contemplados desde la perspectiva del paciente. De igual forma reviste particular importancia la valoración de su contexto de vida. García de alba et. al. (2002) proponen un, *modelo participativo de atención* donde los saberes, conocimientos y recursos, tanto de médicos como de pacientes, entren en contacto en un proceso de ida y vuelta, ya que las conductas frente a la salud:

“son un comportamiento dinámico, embebido en una compleja red de factores psicosociales donde se incluyen el apoyo social y la interacción satisfactoria con los proveedores de la salud.” García de Alba et. al. op. cit: 216).

El modelo doctrinario

Ejm. 3

INTERACCIÓN.

Dr. O. y paciente E.

M. ¿Qué hay Sra.?

P. Pues Dr. no vine a laboratorio.

M. Pues... Sra... mmm, desde septiembre le solicitamos el estudio y vino en noviembre y no lo hizo, ahí le volvimos a solicitar y hasta ahora, febrero, se para Ud. aquí y sin laboratorio, no Sra. Así no...

P. Sí Dr... Es que, no pude venir... es que, estoy con mi hija qué está enferma y estoy hasta allá por la base aérea, entonces no puedo venir...

M. Pues Ud. sabrá, Sra. Ud. puede ir a un laboratorio que le quede cerca de su casa, y venir y decirme, mire Dr. no pude hacerme el examen en la clínica pero fui a otro lado y aquí está mi resultado, de esa manera yo ya sé cómo anda Ud.

P. Pues si Dr. pero es que, le cuido dos niñas a mi hija, y no crea, el trabajo es pesado, muy difícil y más para uno todo enfermo y achacoso...

M. Por lo mismo Sra., bien se puede gastar unos 25 a 30 pesos en el examen, no le estoy pidiendo que gaste 400 a 500 pesos, no es un sacrificio tan grande y Ud. misma puede ver inclusive como anda ¿verdad?

P. Pues sí Dr., pero es que no pude venir. Es mi problema... ya sé...

M. En fin, que Ud. sabe Sra. Vamos a ver... ¿cómo se ha sentido?

P. Pues vuelvo a no poder dormir, Dr. estoy con dolencia de cerebro, me siento muy nerviosa, muy deprimida otra vez.

M. ¿Ahora cuál es la causa?

P. Pues... lo de siempre Dr.

M: No sé, no sé, qué es lo de siempre...

P. Pues lo de casa, Dr. uno de madre carga con los problemas de los hijos, de todos los hijos.

M. Mmmmm... y, ¿Tiene Ud. medicina?

P. Medicina de la que me da no tengo...

M. Déjeme ver cómo anda su presión... a ver... así por favor. Otra vez su presión tiende a subir Sra.

P. Mmm, sí, es que no he tomado la medicina...

M. ¡Ah vaya, para variar! ¿Qué está tomando de medicamento para la presión?

P. Me da el captopril,

M, ¡Ah si!, el captopril tres veces al día, ¿desde cuándo no lo toma?

P. Desde hace tres días.

M. Bueno Sra. ¿y así se quiere aliviar?... Le voy a dar el clonazepam. ¿Toma la glibenclamida y el metformin?

P. Sí Dr. y el captopril.

M. Oiga y qué hizo con la glibenclamida y el metformin? Porque lo que le di no alcanzaba para tres meses.

P. Mi nuera me los llevaba, tengo una nuera que es enfermera, y ella me los llevaba de los genéricos intercambiables.

M: Oiga, ¿Porqué no se cambia de clínica? Si tiene que venir de tan lejos, hasta flojera da, podría buscar... otra opción, algo más cerca de donde vive, para que pudiera estarse checando.

P: Hay Dr... Es que aquí tengo mi casa. Ahorita nomás estoy un tiempo con mi hija en lo que se recupera porque está enferma, y le tengo que ayudar con los nietos. Pero eso es temporal, pronto me quiero regresar a mi casa...

M. Sí, pero... Sra. Ud. no lleva un control adecuado, esos son pretextos para no asistir a su control.

P. No, Dr. si la principal interesada soy yo... ¿cómo cree que no quiero controlarme? Si quiero, pero ahorita no puedo.

M. Bueno, Sra. Por lo pronto le voy a solicitar exámenes. Le digo esto, porque, bueno, aquí la prueba de la azúcar es fundamental, si no puede venir a todos los estudios por lo menos vaya a un particular para la prueba de la azúcar y me la trae. Dígale a la Srta. que le ponga cita en dos meses.

P. Sí, Dr. gracias.

Dentro de este modelo desde el inicio de la interacción se observa una actitud autoritaria del médico. La paciente no es recibida con un saludo, ni con una invitación a sentarse y por tanto al diálogo. Ante la pregunta *¿Qué hay señora?*, la respuesta inmediata de la paciente que denota temor al temblarle su voz cuando contesta es: *pues doctor no vine a laboratorio*. Esta respuesta y la observación del desarrollo posterior de la interacción, muestran la importancia de la valoración y el seguimiento de la paciente diabética (mujer en este caso) alrededor de la prueba clínica de la glucosa. El susodicho *buen control*, se refiere a la valoración de sus niveles de azúcar en sangre. No está dirigido hacia lo que la diabetes significa ni como enfermedad ni como padecimiento, y mucho menos hacia la concepción del paciente como sujeto inmerso en un contexto de vida específico. En el desarrollo de la interacción, no hay posibilidades de compartir información, creencias, o valores sobre los padecimientos. Tampoco hay una retroalimentación por parte del médico al sentido de bienestar o malestar de la paciente.

Aunque el médico hace la pregunta expresa de *¿Cómo se ha sentido?* no se le da continuidad a la respuesta de la paciente. Por el contrario, el médico responde molesto y de manera autoritaria ante los malestares emocionales de la paciente solo preguntando cuál es el motivo. Como éste se refiere a situaciones concretas del contexto de vida de la paciente, el médico las ignora. En el diálogo se observa que no retoma estas situaciones, porque para él, pueden resultar irrelevantes y no se manifiesta interés por integrarlas dentro de la comunicación. Son dejadas de lado y se responde proporcionando tratamiento medicamentoso y solicitando a la paciente que se cambie de clínica. Durante las interacciones de este modelo, se observa la presión ejercida por los médicos sobre los pacientes, haciéndolos responsables y culpables de lo que les acontece, sentimiento que es interiorizado por los pacientes. En casos semejantes se detectó que esta situación repercute como un factor de mayor angustia y estrés, no sólo en el momento de la consulta, sino también fuera del consultorio, lo que aleja aún más la posibilidad de un contacto positivo y efectivo con el médico.

En la sala de espera, los pacientes señalan que tiene miedo de pasar con el médico porque sienten que: *el Dr. me va a regañar, y, mire ya cómo estoy... hasta estoy temblando... y si salgo alto...* (Refiriéndose a los niveles de glucemia o de presión arterial), *me va a regañar... ya lo oigo, gritándome*. En el ejemplo presentado, no se hacen señalamientos a la forma de realizar los hábitos de alimentación, ejercicio, y autocuidado del cuerpo. Cuando se llegan a hacer, el médico hace referencia a ellos como si prescribiera un medicamento más: *Ud. debe comer esto sí y esto no, caminar tantos minutos, cortarse las uñas de este modo, secarse los pies y venir a su control*, sin importar el nivel socioeconómico del paciente, el gusto que tenga por algunos alimentos, o por otros, las dificultades que enfrente en el orden familiar, laboral o financiero, ni el grado de información que tenga sobre lo conveniente o inconveniente acerca de su padecimiento.

No hay un interrogatorio en este sentido por parte del médico, por el contrario, como se muestra en el ejemplo, se deja de lado por completo el contexto de vida del paciente. En este caso la interacción se limita a la solicitud al paciente de acudir a su control sin que le falte la prueba de la glucemia, para valorar su evolución. Ante lo cuál puede que el paciente regrese, puede que no, dado que la interacción no resulta satisfactoria para él, quien piensa si será conveniente o no, volver a solicitar su cita.

El modelo unilateral

Ejm. 4.

INTERACCIÓN.

Dr. A. y pacientes J. y C.

M. ¿Cómo están?

P. Pues aquí andamos.

M. ¿Así que todo bien?

P. ininteligible.

M. ¿Cómo?

P. Más o menos...

M. Me refiero pues, que si no ha tenido molestias.

P. Tengo... Como que me quiere dar la gripa. Me duele la garganta desde antes.

M: ¿Desde cuándo?

P. De hace unos tres días.

M. ¿Calentura no ha tenido?

P. Si, poca, y tos.

M: ¿seca?

P. Sí, seca

M. A ver abra la boca... estire su brazo... a ver... voltiese tantito... respire rápido... Bien.

M. Don J... ¿Ud. molestias?

P. No ninguna.

M. A ver... están bien sus presiones ¿eh? No tienen exámenes pendientes ¿eh?

P. No, Dr.

M. Pues entonces hay que mandarlos... A ver doña C. toma glibenclamida ¿verdad?

P. Si Dr.

M. ¿Cuántas toma?

P. Dos y dos y la metformina media y media ¿Si me puede dar ampicilina?

M. ¿Para qué?

P. Para la garganta Dr.

M. Si, le cae bien la ampicilina... mmmm... ¿ya la ha calado?

P. Sí y paracetamol.

M. Pues... si ya ha tomado para eso... bueno... oiga doña C. para la presión, ¿cuántas toma de verapamilo?

P. tomo tres, mañana, tarde y noche.

M. ¿Y Ud. don J.? ¿Sigue igual?

P. Si Dr.

M. Bien, aquí tienen sus medicamentos, y estas órdenes de exámenes, díganle a la señorita que les dé cita para dentro de mes y medio o dos meses, aquí los espero. Es todo por hoy.

P. Gracias Dr.

En este modelo la consulta tampoco empieza con ningún saludo ni invitación al diálogo. Nótese la cortedad del tiempo empleado en la consulta, a pesar de que se trata de dos pacientes. Ante la pregunta de ¿Cómo están? los pacientes responden vagamente. Posteriormente, durante el desarrollo de la consulta se observa un interrogatorio escueto por el médico dirigido a informarse sobre algunos signos y síntomas con el objetivo de clasificar en una categoría nosológica lo que el paciente presenta como molestias. La exploración física se efectúa prácticamente como un asalto al cuerpo sin que medie una expresión de solicitud permisiva para hacerla. No se expresan frases como pudieran ser: *permítame revisar su garganta, bronquios o pulmones*, o bien *¿me permite revisar su presión?*

La referencia al padecimiento crónico, principal motivo de la consulta se limita a la valoración de la presión y a preguntar si tienen o no exámenes de laboratorio. Cuando los hay, el médico valora el resultado pero no informa con detalle a los pacientes sobre éste, si es una inquietud expresa del paciente, se le responde lacónicamente que está bien o está mal. En caso de que no exista examen de laboratorio como es el ejemplo, se le extiende una solicitud para la próxima cita. Inmediatamente después se prescribe el medicamento con que el paciente se controla y se indica cómo deberá tomarlo. En muchas ocasiones ni siquiera se ajusta la dosis de las tomas de acuerdo con la valoración.

No se interroga sobre el estado de bienestar o malestar del paciente, no se realiza una búsqueda de la presencia de síntomas indicativos de complicaciones o daño a órganos blanco. Tampoco se hace referencia al peso del paciente, mucho menos se pregunta sobre sus hábitos de alimentación, ejercicio o autocuidado del cuerpo. No se consideran importantes para el tratamiento la información ni el seguimiento sobre acciones de prevención o promoción de la salud. La falta de interés mostrada hacia los pacientes impide la realización de un proceso comunicativo dialogico en el momento de la interacción. En estos casos, usualmente los pacientes están callados, no hacen preguntas y se limitan en la mayoría de las ocasiones a recibir sus recetas y solicitudes de laboratorio. La atención se establece como un patrón rutinario, y el médico, termina con rapidez su consulta. Cuando algún paciente se arriesga a formular inquietudes o dudas acerca de su padecimiento, el médico contesta con evasivas o frases elaboradas con tecnicismos ininteligibles para el paciente; y si éste intenta esclarecerlos, recibe otra andanada de términos semejantes o en ocasiones la terminante frase, *pues ya le expliqué... me entendió o no me entendió.*

Al término de la interacción, en este modelo, los pacientes recogen sus recetas, su solicitud de exámenes, a veces se despiden y a veces no. Fuera del consultorio suelen comentar: *de todas maneras, como haya sido, yo nomás venía por mi medicina.*

Los conceptos sobre las medicinas y la medicalización del paciente.

Retomando los últimos ejemplos de las formas en que se desarrolla la consulta, iniciemos con la segunda parte de este capítulo. La medicalización tiene que ver con el hecho de que los cuerpos humanos, los comportamientos, la existencia misma, se vean englobados dentro de una red que los impele a vivir con... y depender de... medicinas, estudios de laboratorio, tecnología biomédica y de constantes visitas al médico que las prescribe. A partir de los albores de la modernidad, con el avance de la biomedicina y el descubrimiento de la primera gama de vacunas y antibióticos, las medicinas aparecen por vez primera. Pero es hasta los tiempos actuales, con el predominio de las enfermedades crónico-degenerativas cuando consolidan su auge y su espacio en el mundo globalizado. Las prácticas actuales de uso desmedido de medicamentos e insumos biomédicos diversos, demuestran cómo la expansión del mercado ha invadido hasta los lugares más recónditos del planeta. Pocas cosas se han socializado tan rápida y extensamente como la utilización de los medicamentos y la amplia gama de recursos de la medicina. Tal vez por eso la medicalización de la vida ha recibido una crítica y un rechazo tan virulentos por autores como Ivan Ilich (1975), que le resta toda posibilidad del beneficio de la duda.

Por su parte Foucault (1999), rescata ese beneficio cuando históricamente demuestra que la humanidad vive mejor a partir de que existen las medicinas. Aunque en su ejercicio de estudiar la historia de la medicalización, su punto de vista es que este proceso forma parte de los mecanismos de socialización de la biopolítica. Lo somático, lo corporal, es una realidad biopolítica y las medicinas son parte del control ejercido sobre el cuerpo. Van der Geest y Reynolds (1988:3) definen las medicinas como objetos materiales compuestos de sustancias químicas, pero también de elementos socioculturales, dado que existen dentro de realidades sociales particulares, producidas y apropiadas a través de instituciones y otros tipos de interacciones sociales.

Para entender la importancia del papel que los medicamentos desempeñan en la sociedad no hay que perder de vista que estas sustancias bioquímicas son percibidas y aplicadas por su poder de cambiar o transformar la condición humana. El poder de esa sustancia radica en que tiene un efecto sobre el cuerpo. Su efecto tiene un significado biológico que es resignificado culturalmente y forma parte de ese sistema simbólico que las interpreta y les confiere un valor. Habría que ver cuál es su significado en el entramado de relaciones sociales dentro de las cuáles las medicinas existen en un tiempo y en un lugar dado; así como las formas en las que son negociadas, ya que en innumerables ocasiones adquieren un valor autónomo independiente del terapeuta, cuando la gente se trata a sí misma, se automedica.

Estas consideraciones me llevan a preguntarme entonces: ¿Cómo las perciben los involucrados en esta investigación?, ¿Qué significados tienen para ellos y cómo las utilizan? Por otro lado, me pregunto también: ¿Por qué la gente visualiza otras alternativas de tratamiento?, ¿Qué obtienen de ellos, son opuestos entre sí? Asimismo: ¿Cómo se percibe el autocuidado? ¿Es un apoyo al tratamiento farmacológico o es parte de la percepción del bienestar?

Volviendo a los resultados de los modelos explicativos con respecto a los tratamientos, se recordará que pacientes y médicos privilegian los medicamentos como lo fundamental en la prescripción terapéutica. Sin embargo, cuando se analizan las acciones prácticas cotidianas

empiezan a aflorar las diferencias en cuanto al uso de los medicamentos y sus significados. Para muchos pacientes tener que tomar medicinas todos los días y de por vida es una realidad difícil de aceptar, se aburren, se cansan, se fastidian de esa dependencia a los medicamentos. Para otros, este proceso es más sencillo y se adaptan de manera más fácil a la necesidad de tomarlos e incluso hay quienes las aceptan con gusto, las buscan y psicológicamente se sienten protegidos con su utilización, hasta el grado de no poder vivir sin ellas. Una de las variantes para responder de una u otra forma tiene que ver con el significado que se les atribuye en la solución del padecimiento. Las opiniones son diversas y hasta discordantes en torno a este punto. Los conceptos en los que se fundamenta su opinión, son la idea del bienestar, de la curación y del estar sano, los que se van transformando a lo largo del tiempo y a partir de la experiencia de vivir con estos padecimientos crónicos.

Así, en los inicios de la experiencia se articula la idea de que, si son incurables, entonces cuál es el sentido de tomar medicamentos. Conforme pasa el tiempo los pacientes reconocen las respuestas de su cuerpo a las alteraciones biológicas de sus padecimientos. En la medida en que se van re-conociendo, también avanzan en su autocontrol y su manejo, al probar y elegir entre una amplia gama de alternativas que este medio urbano y complejo de Guadalajara les ofrece. En este lapso de tiempo, las medicinas pasan a ser una más entre otras medidas terapéuticas. Aunque son indicadas por el doctor, de igual manera la gente prueba con otros recursos como la homeopatía, la herbolaria o la acupuntura. Habría que preguntarse qué tanto influye el tipo de relación que se establece entre médicos y pacientes, cuando la gente busca y se acerca a otras alternativas. Lo que observé en campo fue, que por una parte la gente busca distintas alternativas motivada por el deseo del bienestar, pero más regularmente lo hace motivada por el deseo de sanar, y los médicos lo primero que aclaran es que la diabetes y la hipertensión no se curan, solo se controlan, por lo que esta aseveración no siempre es comprendida ni aceptada por el paciente.

Curar y sanar no es lo mismo. En la entrevista a profundidad, los pacientes hacen la diferencia explicando que la curación es la reparación de un daño localizado en el cuerpo, pero la sanación es estar completamente libre de padecimientos no sólo de una parte de su cuerpo, sino de todo su cuerpo. Aliviarse de algo es eliminarlo definitivamente del cuerpo y los médicos ni siquiera ofrecen curar la diabetes o la hipertensión, tan sólo ofrecen un control:

“pos mire señorita... una de las cosas que yo quisiera es que hubiera algún médico que me dijera que sí me pude sanar de la diabetes. Porque todos dicen lo mismo, que no se quita, que no se va a sanar una. Pues así qué caso tiene estarse tomando tanta pastilla, si de todos modos no se va a aliviar. Yo por eso nomás me las tomo cuando me siento mal...”

Es por ello que, cuando encuentran otras opciones fuera de la medicina alopática, que les ofrecen una alternativa de sanación se acogen a ella y se alejan de los medicamentos por un tiempo. Algunos utilizan por periodos prolongados otro tipo de alternativas terapéuticas, pero por lo regular vuelven a los medicamentos. Por desgracia, con el paso del tiempo el carácter degenerativo de los padecimientos, en particular de la diabetes sigue avanzando y entonces la eficacia terapéutica puede no tener el resultado óptimo deseado. Pero los pacientes aprenden a percibir los malestares de su cuerpo, se re-conocen y, aunado al concepto de sanación, se diferencia la sensación de bienestar. Conforme transcurre el tiempo en la experiencia cotidiana, los pacientes equiparan el sentido del bienestar con la idea de la sanación. Al mismo tiempo, asimilan que su padecimiento es crónico y que en adelante van a vivir con él.

“pos ahora yo pienso que mi cura es sentirse bien. Porque la diabetes y la presión alta no se me van a quitar nunca. Por eso, pienso que mi bienestar es mi curación... y mire me tomo mis pastillitas, y mis tecitos, llevo mi dieta,

camino y hago todo lo que puedo por sentirme bien... porque yo ya me conozco cuando ando mal... luego, luego siento, y entonces me acuerdo... aijo si no me he tomado la pastilla, no me he tomado la cura..."

En la mayoría de los pacientes con un proceso más avanzado de los padecimientos, las pastillas (como lo menciona esta paciente) son su cura. Pero aunado a las pastillas todo sirve: se hace un sincretismo con medicinas alternativas y el autocuidado en aras de la eficacia para el bienestar. Además de la pastilla se toman sus tecitos, se aplican agujas de acupuntura o se toman los chochitos de homeopatía.

Otro aspecto son los efectos secundarios de los medicamentos, las personas sienten que las pastillas les caen mal, les acarrearán efectos indeseables porque no fueron el tratamiento idóneo para ellos, o por que la respuesta terapéutica buscada no se logra. La percepción y el significado que le atribuyen los pacientes a esta situación son diversos también. Algunos pacientes consideran que casi se les *envenena* con los medicamentos que en vez de hacerlos sentir mejor les acarrearán otro tipo de malestares. Se alejan de las pastillas y prueban con otras terapias. Mientras que otros acuden nuevamente a su consulta, hacen del conocimiento del médico lo que les sucede y acuerdan con él cambiar el tratamiento farmacológico. Tales respuestas dependen de cada paciente y por lo regular se establecen con mayor o menor frecuencia y temporalidad dependiendo de las etapas de su proceso. Kleinman y Sung (1979), propusieron que las pastillas son útiles para tratar la enfermedad porque desde el punto de vista biomédico arreglan los desordenes fisiológicos y biológicos del cuerpo. En contraste señalan que la medicina tradicional trata el padecimiento, es decir los aspectos subjetivos derivados de la enfermedad.

Sin embargo, lo que aquí se encontró es que la gente no hace esa diferenciación entre enfermedad/padecimiento. Más bien las conjuntan y refieren padecer una enfermedad o, sufrir una enfermedad. Visualizan la trascendencia hacia sus ámbitos de relación y utilizan de varias maneras el efecto que su situación personal de ser diabéticos o hipertensos genera en los que le rodean. En muchas ocasiones el paciente se vale de su enfermedad para lograr cosas en lo que considera su beneficio. Estos ejemplos conducen a pensar que existe un requisito biológico, pero también cultural, para que los pacientes definan lo que van a hacer con respecto a su tratamiento farmacológico y no farmacológico. Algunas veces en acuerdo o en desacuerdo con los médicos, y otras mediando otro tipo de autoridad que ellos legitiman. Pero lo que sí permanece como un esquema de referencia es lo que consideran eficaz para su tratamiento. Así pues, si las pastillas, los chochitos, las plantas medicinales o cualquier otro recurso terapéutico, cumplen con sus criterios de eficacia si concuerdan con lo que el paciente piensa que necesita para estar bien.

Etkin (1993) identifica un proceso similar a partir de resultados de su propia investigación y de otros estudios de etnofarmacología realizados por diversos autores (Etkin, 1983; Bledsoe y Goubaud, 1985; Conrad, 1985; Golomb, 1985; Van der Geest, 1982). Estos autores coinciden en que todas las medicinas serán efectivas si cumplen con el requisito de la eficacia construido culturalmente, al que me referiré con mayor detenimiento más adelante. Es notable pues, que exista una interrelación entre “la naturaleza y efectos” de los padecimientos y “la naturaleza y efectos” de lo que es eficaz para sentirse bien. Ambos se viven como parte de un proceso, en este caso un proceso crónico y complejo donde se llevan a cabo ordenamientos de tipo biológico y ordenamientos de tipo social.

Ahora bien, con respecto a los médicos el acuerdo es generalizado en lo que se refiere a considerar las pastillas como la panacea del tratamiento de los pacientes. Pero una vez que se accede a sus formas de establecer el contacto con ellos, la mayoría de los participantes en las interacciones en consulta, particularmente en el modelo de tipo comprensivo, hace referencia simultáneamente a las acciones del autocuidado. En las entrevistas a profundidad los médicos

mencionan que el tratamiento debe individualizarse para cada paciente. Pero, hay quienes le ponen peros, a promover los cambios en el comportamiento, porque como ya veíamos consideran que el paciente difícilmente puede realizarlos. Estos médicos comparten la idea de que los medicamentos son la panacea y de que por lo tanto se debe insistir en que los pacientes se apeguen al tratamiento, piensan que los medicamentos son la única garantía del control del paciente.

“definitivamente el tratamiento farmacológico es lo único que puede garantizar el control del diabético y del hipertenso. Y es más en el diabético, yo estoy convencido que deberíamos de establecer el tratamiento con insulina desde un principio porque así se evitarían muchas de las complicaciones. Porque con las pastillas es un problema los pacientes nunca establecen la adherencia a los tratamientos. Cuando no se les olvidan inconscientemente, no se las toman conscientemente porque no quieren... no quieren entender que su problema es crónico y que van a depender de la pastilla les guste o no...”

Pero también están los médicos que consideran que las pastillas equivalen a la mitad del tratamiento y que no siempre son indispensables, sobre todo en las primeras etapas del diagnóstico. Reconocen que la tendencia es a medicalizar al paciente, porque resulta más sencillo prescribir un medicamento, que estar insistiendo en la dieta y el ejercicio e insisten en que siempre que los valores de presión arterial o de azúcar en sangre no muestren que el paciente está en situación de crisis, lo primero que se debe establecer es un tratamiento a base del autocuidado. Exhortan en ello a los pacientes y se refieren a los medicamentos como una parte del tratamiento solamente.

“A esta señora yo le digo que sus medicamentos son como sus bastoncitos que siempre los tienen que traer bien agarrados para que no se caiga, para que siempre se sostenga de pie, pero que también tiene que cuidar su alimentación y su peso y cuando viene le levanto el ánimo y le digo que se ve bien guapa, así delgadita y que riéndose se ve muy bonita... y cosas así, para ayudarle un poco más... porque en el tratamiento una cosa son los medicamentos pero no lo son todo... a veces vale más una palabra de aliento que un montón de pastillas...”

Los problemas con los que se enfrentan los médicos al prescribir un medicamento, son los mismos con los que se encuentran los pacientes. Por un lado su eficacia y por el otro los efectos secundarios que pueden tener.

El autocuidado y la eficacia de la atención.

La eficacia desde la biomedicina es definida como la capacidad de un medicamento para lograr el efecto deseado en el tratamiento. Es decir, que se cumpla con el objetivo previsto en la respuesta del paciente y se logre el beneficio terapéutico. Desde un punto de vista antropológico Young define a la eficacia como: *La capacidad percibida de que una práctica dada afecta a la enfermedad en alguna forma deseable (Young 1983:1208)*. Por su parte, Etkin (*op.cit.*) coincide en señalar que se debe clarificar lo que significa el término para las personas a las que se somete a un tratamiento. Yo agregaría que también para los que lo prescriben. Con base en lo anterior, mi propuesta es que la definición de eficacia tendría dos componentes: por una parte la reducción de la sintomatología percibida por el paciente y por el otro la modificación de su comportamiento frente al padecimiento producto de una reflexión sobre su experiencia. Por lo tanto la eficacia médica sería un constructo cultural que tiene ambas dimensiones: la biológica y la del comportamiento social.

Entramos así, al terreno del autocuidado o de los cambios necesarios que diabéticos e hipertensos deben realizar en sus formas de vivir orientadas a su tratamiento, como aquellas prácticas deseables para afectar positivamente a su enfermedad independientemente de un tratamiento farmacológico. Hacia la década de los años setenta, el autocuidado médico empezó a erigirse como una bandera de autonomía e independencia para contrarrestar el fenómeno de la medicalización de la sociedad. En particular, los grupos de feministas defensoras de los derechos reproductivos promovían el derecho a la información universal y el uso de los preservativos y anticonceptivos como muestras de autocontrol sobre el cuerpo. Ese tiempo fue el inicio de los grupos de autoayuda que empezaron a formarse a partir de la iniciativa de personas afectadas por diversas adicciones, principalmente al alcohol, y por padecimientos crónicos como el cáncer y la diabetes, prácticamente grupos de jóvenes con diabetes insulino dependiente (Katz y Bender, 1976).

Estos grupos de autoayuda demostraron que existían otros elementos útiles en el tratamiento, además de las medicinas y las visitas a los doctores. Mostraron cómo sus procesos de vida podían mejorarse a partir del aprendizaje y el apoyo mutuos para cambiar actitudes frente a la enfermedad. Así, diabéticos insulino dependientes, a pesar de su problema que los tenía atados a los servicios médicos, lograron un grado de suficiencia y de independencia tales que se hicieron cargo del “control” de su padecimiento por sí mismos: llevaron sus controles de glucemia, se aplicaron las cantidades de insulina requeridas, cuantificaron sus necesidades calóricas y moderaron su ejercicio de acuerdo a sus necesidades.

En esta investigación vemos que los pacientes hacen una diferenciación clara entre tratamiento y autocuidado, en la que el tratamiento lo constituyen los fármacos, mientras que los cambios que hacen sobre la dieta, la actividad física, el corte de uñas, la lubricación de sus pies, la limitación del consumo de alcohol o el dejar de fumar son los *cuidados* que reconocen en su vida cotidiana con respecto a sus padecimientos. En las instituciones de salud se retoma la idea del autocuidado y se inicia con los grupos de autoayuda. Se requería institucionalizar un sistema lego que demostró sus beneficios al sistema médico que los reconoció. A la amplia discusión internacional sobre promoción a la salud de la década de los ochenta se sumaba la discusión de integrar el autocuidado como práctica social promovida desde las instituciones de salud. En 1982, se creó el primer centro de información de la OMS sobre autoayuda. Ya para 1983, se habían formado otros, por toda Europa, con una primera definición del autocuidado en la que se establecía que las decisiones sobre la propia salud efectuadas por individuos o grupos incluían la automedicación, el autotratamiento, el respaldo social en la enfermedad y los primeros auxilios. Sin embargo no se pudo dar el salto de una visión sanitarista a una de conductas sobre la salud. De hecho en la misma definición se establece que: *El autocuidado es, definitivamente, el recurso sanitario fundamental del sistema de atención a la salud.* (Hatch y Kikbusch 1983:8)

Un punto de avance fue el momento en que las actitudes y las conductas relacionadas con la salud empezaron a verse como un movimiento social que partía de considerar las restricciones y posibilidades de la salud en la vida cotidiana; es decir, como parte integral del estilo de vida de una colectividad, de un grupo social o de un individuo, donde las personas son concebidas como agentes activos en la conformación de sus propias prácticas. La misma OMS plantea que el estilo de vida está en relación con las experiencias colectivas e individuales y con las circunstancias vitales, definido como:

“Patrones de elecciones de conducta hechas a partir de las alternativas de que disponen las personas según sus circunstancias socioeconómicas y la facilidad con que pueden elegir unas y desdeñar otras. (OMS 1985:54).

Esta concepción significó un avance porque se reconocen las circunstancias socioeconómicas que participan para moldear las conductas de las personas y circunscribir sus elecciones, pero aún falta integrar el elemento de la cultura en su proceso de estructuración. Integrarlo completaría la posibilidad de comprender los estilos de vida y el comportamiento de las personas de manera integral, al vincular el contexto socioeconómico y la estructura simbólica de los significados. Por otra parte, una conducta temporal y espacialmente situada puede ser permisiva o perjudicial para la salud. En los resultados que presenté en el capítulo siete se observó que los cambios en el comportamiento tienen un proceso a veces en conjunto y a veces no, con los cambios en la identidad de ser diabéticos o hipertensos. Es más los concebí como dos elementos constitutivos de un mismo proceso: el de la búsqueda del bienestar. El comportamiento entonces está moldeado por circunstancias complejas además de la identificación, la aceptación y la fusión con el diagnóstico. Los pacientes experimentan cambios de autocuidado en el comportamiento de manera procesal con la característica de que a veces son continuos o graduales y en ocasiones son abruptos. Estos últimos se relacionan con momentos biográficos, o sucesos vitales significativos sufridos en carne propia o en personas cercanas, tales como una crisis aguda y grave de la diabetes o hipertensión, la presentación de alguna complicación que los pone en alerta o la muerte de alguien conocido.

“...Al principio yo no creía porque ya voy para 15 años de que empecé, pero no me hacía a la idea y siempre andaba mal y mal y mal... mire llegué a perder todos mis dientes de abajo... y me asuste... y cuando empecé a perder la vista, entonces sí... fue cuando vine aquí. Y después de estar hablando y hablando con el Dr. Y con los doctores del Ayala entendí que de los más importante que sube la azúcar es la dieta... lo que uno come...y que también ya trae uno de herencia, porque tengo familiares con diabetes, algunos están mal y yo no quiero estar como ellos. Desde entonces empecé a cuidarme y ya estoy mucho mejor.”

Los cambios más continuos y también más constantes se van generando por costumbre, vía la repetición hasta que se constituyen en hábitos: se transforma el hábito de comer con sal o con azúcar porque el paladar se va acostumbrando y cambia el sentido del gusto. O las personas caminan todos los días o con frecuencia porque si no lo hacen:

“siento que me falta algo porque ya estoy acostumbrado, cuando no camino no me siento con la misma energía, con la misma fuerza, es como comer o dormir, son cosas que necesita uno... mire desde que camino hasta dejé de fumar, porque empecé a leer en libros y revistas que hace mucho daño al corazón. Entonces me dije qué dañarse uno solo... es hacer tonterías y yo no soy tonto me dije yo. Por eso empecé a dejar el vino y el cigarro, a caminar, porque pensé que me esta haciendo tonto yo sólo. Desde entonces viera ¡que bien me siento!”

De esta manera funciona la experiencia. Cuando se habló de los obstáculos que las personas dicen enfrentar para elegir conductas de riesgo o de autocuidado para la salud, encontramos que son más reveladoras las ideas acerca de la depresión, la flojera, el gusto, la desidia, que los aspectos socioeconómicos. Aunque no se debe perder de vista que los significados de la cultura se interrelacionan con el grado de información, con la educación formal, con el acceso a fuentes de conocimiento y con las posibilidades directas de acceder a cierto tipo de alimentos y de tener el tiempo libre necesario para hacer ejercicio, para dedicarlo al descanso y a la recreación. Recursos que dependen en gran medida de la capacidad económica con que se cuenta para disponer de ellos.

Las variantes del trabajo médico con respecto al tema se trataron también en el capítulo ocho. Pero es conveniente enfatizar en este momento que algunos médicos consideran dentro de la pauta de tratamiento al autocuidado, mientras que para otros es un recurso de segunda mano. Hay quienes atendiendo a las pautas de manejo establecidas, se refieren a las prácticas de

autocuidado desde el contacto inicial con el paciente y consideran que son fundamentales en su evolución. Es la opción que permite que el paciente se acerque lo más posible a los límites de normalidad y se aleje de las complicaciones. Entonces el tratamiento y las recomendaciones de autocuidado toman otro cariz porque se reconoce la dualidad de la relación del individuo y su entorno social:

“Más que los problemas económicos, el alcoholismo en las familias es algo muy problemático y se está extendiendo también a las mujeres yo tengo varias alcohólicas y diabéticas... son pacientes muy difíciles. Por eso... te digo... una cosa es el entorno, el familiar, el económico, y otra... es la personalidad, lo que cada quien sufre y la forma en que lo sufre, o sea, cómo responde cada paciente ante los problemas... tratamos con familias de muy escasos recursos y muy disfuncionales. Su nivel de educación no nos ayuda y muchos tienen hijos drogadictos o de plano maleantes. Yo por eso me la pienso a veces... ¿cómo les digo que compren frutas y verduras si cuando vienen contigo apenas tienen para el camión?... Pero a veces te responden más estas personas para cambiar sus hábitos que ni las que tienen dinero...”

Lo que sugiere en síntesis que, cuando se estudian las acciones humanas se deben relacionar dichas acciones con los significados que tienen para las personas, con las normas que las rigen y con el poder de decisión de que se dispone (Giddens, (1987).

Relación conocimiento/saber/poder. Legitimando la acción.

“Mire, Ud. no es un hombre que sepa, porque si supiera no me estaría diciendo eso... los que vamos a reconocer si Ud. sabe o no sabe, somos nosotros (los pacientes), porque yo sí le puedo enseñar a Ud. cómo se baja la azúcar... porque yo soy el que tiene la experiencia con la diabetes”. (Palabras de un paciente a su médico en uno de tantos días de trabajo de campo).

Estudiar las dinámicas del proceso poder/saber/conocimiento a partir de las interacciones de los médicos y los pacientes crónicos resultó sumamente interesante. El conocimiento médico, cómo lo hemos visto y de acuerdo con Foucault (*op. cit.*) es resultado de un proceso hermenéutico del médico con el paciente pero también de un proceso de ida y vuelta con su propia ciencia. Las palabras dichas en un momento de conflicto en la relación de un médico con este paciente, me llevaron a pensar dos cosas. Una se relaciona con las diferencias entre conocer y saber y la otra con la legitimidad de la autoridad médica. Dicho en otras palabras: quién tiene la sartén por el mango cuando de padecimientos crónicos se trata y las implicaciones que tiene la calificación o descalificación del médico por el paciente, en términos de conocimiento y poder.

Estando de acuerdo en que la ciencia consiste en un conjunto coherente de *conocimientos* relativos a ciertas categorías de hechos, de objetos o de fenómenos enunciados como teorías que son legitimados por una comunidad epistémica (Larousse Diccionario de la Lengua Española, 2003:144). En la misma definición se hace una separación del significado de *saber o erudición*, del que se dice: es un conjunto de disciplinas basadas fundamentalmente en el cálculo y la observación. Para el paciente del ejemplo anterior, el médico no sabe, lo descalifica y otorga la legitimidad de la sabiduría a la experiencia, en concreto a *su* experiencia.

¿Dónde radica entonces la diferencia entre saber y conocer? ¿Por qué es importante esta diferenciación para el ejercicio de la práctica médica? Un primer enunciado que debe esclarecerse es que ni los saberes ni los conocimientos son entes abstractos que existen por fuera de los sujetos, por tanto no están desligados de la vida humana y su actividad cotidiana. Tampoco pueden considerarse como explicaciones perennes e irrefutables de los fenómenos y procesos. Nunca un conocimiento es superior a otro, tan sólo más adecuado uno que otro. O sea, no existe

un conocimiento completamente racional o paradigmático que explique cualquier fenómeno en su totalidad. Tampoco en las ciencias de la salud. Existen en cambio *paradojas* no explicadas por el paradigma, *rebasamiento de límites* de una convención dada y *puntos ciegos* o temas invisibles a los ojos de la ciencia en un momento determinado, que luego aparecen como objetos de estudio (Almeida, 2000). El conocimiento y la sapiencia son un campo más de los múltiples que constituyen la vida sociocultural de las personas que necesitan orientar sus respuestas a las necesidades que se les imponen. Feyerabend (1985) recalca que no existen modelos convencionales eruditos porque éstos siempre son inevitablemente interpretaciones constituidas de las mejores respuestas a necesidades del momento las que necesariamente tendrán que cambiarse por otras más apropiadas en otro tiempo y espacio. Para él saberes y conocimientos tienen igual validez. Argumenta que no hay maneras lógicas de elegir conocimientos o saberes, porque las razones que los fundan están ubicadas en procesos subjetivos que responden a los motivos de cada uno, para justificar la acción práctica.

La acción social por tanto, no es producto de una *iluminación conceptual*, sino de un *proceso experiencial*; una respuesta a una realidad externa interiorizada por el sujeto (Feyerabend, *op. cit.*: 77). Fajardo (2000), en concordancia con Hobbart (1995), considera que el conocimiento no es una entidad mental sino prácticas situadas que involucran la participación de sujetos, objetos, agentes y propósitos relacionados en situaciones particulares. Además de que los seres humanos aprenden esquemas de conocimientos y saberes para estructurar y comprender relaciones; las que luego serán negociadas con alguna finalidad. El conocimiento, al igual que los saberes se genera entre inquietudes y necesidades, hurgando, explorando, avanzando y retrocediendo en las vicisitudes cotidianas de la realidad. Ambos son utilizados con el poderoso fin de resolver problemas y dificultades en contextos particulares que serán manejados de muy diversas formas; a veces desde una postura de conflicto, otras de ironía, de aparente acuerdo o de un consenso compartido, donde lo que impera es la relatividad de la jerarquía y el poder (Torres 1997).

Comparto con los autores anteriores la idea de que el conocimiento y el saber están ubicados en individuos de carne y hueso, forman parte de sus interpretaciones de la realidad y los utilizan como respuesta a necesidades. La experiencia es el espacio y el tiempo del conocer y el saber, cada uno con sus formas y contenidos propios y con los requisitos formales e informales que los caracterizan: uno como parte de una comunidad académica científica y el otro como parte de la sabiduría popular. Lo que se ha visto en esta investigación es el flujo de uno y otro integrados en un esquema simbólico de médicos y pacientes como soporte de las acciones de ambos. Lo que interesa entonces, es ver, cuál es la lógica y el movimiento que siguen, cómo son utilizados y con qué fines en el contacto constante de la relación médico/paciente.

En las interacciones concretas de los pacientes y sus médicos, la relación entre el conocimiento/saber/poder de los sujetos es un juego de estira y afloja. Lo que yo observé al analizar los contenidos, es que no están claros los límites entre el conocimiento (como una producción científica) y el saber (como una producción de la experiencia concreta de los pacientes). Médicos y pacientes manejan en su práctica cotidiana unos y otros, atendiendo a lo que circunstancialmente se requiere para establecer la interacción y lo que pretenden lograr de ella. Unos y otros están distanciados de las discusiones teóricas acerca del poder/conocimiento. Pero en una interacción dada como una situación de conflicto ambos apelan a lo que les es conveniente. En ocasiones el médico se escuda en los conocimientos derivados del estudio de la ciencia médica como un conocimiento paradigmático irrefutable. Y el paciente, a su vez, apela a su experiencia para situarse por encima del médico, adjudicando un valor superior al conocimiento del médico, la sabiduría de su experiencia. El resultado en este escenario es una

cerrazón al diálogo, la incapacidad de compartir puntos de vista, un choque de perspectivas.

El paciente del ejemplo inicial hace una diferencia entre conocer y saber porque esta distinción le confiere un estatus jerárquico por encima del médico. Con frecuencia se repite esta postura de los pacientes cuando se establece una relación conflictiva con el profesional de la salud, si bien esto no necesariamente signifique una garantía de la consecución de algún objetivo. Durante la observación participante de otras interacciones, constaté cómo el paciente *se sale con la suya* desde una postura de sumisión y obediencia, sin llegar a establecer nunca un conflicto: exámenes de laboratorio, pases a especialidades, medicamentos deseados, aunque no necesarios, etc. hasta justificantes o incapacidades para el trabajo. Esto depende de cómo manejen la situación y a lo que estén apelando. Al respecto Giddens (1987:129) menciona que la producción de la interacción tiene tres elementos fundamentales: *Su constitución con carácter provisto de sentido; su constitución como un orden moral y su constitución como la operación de relaciones de poder.*

Durante la sistematización del trabajo de campo, me di cuenta de que para darle sentido a la interacción, se parte de supuestos, de clasificaciones, de poner sobre la mesa y de ver que sucede, por médicos y pacientes. Ambos se están conociendo y formando un criterio de cómo son y hasta dónde pueden llegar en el momento de compartir sus puntos de vista, necesidades y objetivos. El sentido se va negociando de manera activa, continuada o cambiante dependiendo del curso que tome la interacción, por lo que de ninguna manera se puede decir que las consultas están programadas en un sentido establecido. Existen casos en que los pacientes recurren a la ironía, al sarcasmo y hasta al engaño como parte de sus destrezas para escudarse frente al médico, para proyectar una imagen determinada o para obtener un recurso que necesitan, como en el siguiente ejemplo:

Escenario: consultorio.

M: ¿Qué le pasa Sra. Rosa?

(Dice la doctora, revisando el expediente, y antes de que la paciente conteste continúa:)

Ah! Tiene cita de control mensual verdad, ¿cómo se ha sentido?

P. Pues he sentido piquetes en la carne que me dan... como que me pica, y me veo, me busco, no vaya a traer un animal, me reviso, pero no, no traigo nada, y me duelen las piernas... los pies la espalda... por eso vengo, por mis pastillitas...

M. Mmm, ey. P. No vaya a traer osteoporosis... ¿no sería bueno hacerme el examen?

M. Pues tiene que hacérselo, pero Ud. Tiene que buscar dónde porque nosotros aquí no lo hacemos, no tenemos aparato...

(Dice en tono fuerte la doctora como si estuviera molesta).

P. Y ¿en dónde me lo puedo hacer?

M. Ud. Busque en dónde, en cualquier laboratorio, o una iglesia, además la osteoporosis no duele y Ud. Dice que le duelen sus piernas... a ver, déjeme checarle su presión.

P. ¿En cualquier laboratorio me lo puedo hacer?

M. En uno de rayos X, pero hay campañas en las iglesias, donde se lo sacan más barato, porque en otro lado sale muy caro, Ud. investigue, entérese dónde hay campaña y vaya para que no gaste tanto... de su presión anda bien... ahorita, se va a ir allá arriba y se descubre, se quita su pantalón porque voy a checar sus piernas...

(Dice la doctora señalando la mesa de exploración del consultorio),

P. Pero doctora... *(Dice la paciente en tono de súplica)* ¿Cómo me voy a quitar el pants?

M. ¿Cómo? pues se lo quita, por eso debe venir con faldita, para poderla revisar de donde le duele, ¿pues no dice que le duelen mucho las piernas? ¿Cómo voy a saber porqué le duelen? necesito revisarla, y Ud. debe venir preparada para revisarla, si no ¿Cómo? P. Pues sí, pero es que yo no puedo andar sin pantalón, me da mucho frío y me duelen pior las piernas. Yo no más quiero las pastillitas pa'l dolor.

M. Le vuelvo a decir Sra. Súbase y descúbrase para revisarle sus piernas.

(La paciente pensativa se levanta de la silla y camina hacia la mesa de exploración, deteniéndose un momento frente a ella, en esos momentos dirige su mirada hacia mí, que la estoy observando, y me hace un gesto como requiriendo ayuda. Yo asiento con la cabeza y la paciente se sube y se acuesta, pero sólo levanta su pantalón hasta las rodillas. Mientras tanto, la doctora está tratando de introducir unos datos a la computadora, batallando porque no le permite el acceso y refunfuñando en contra de la innovación tecnológica, porque ahora se va establecer en la clínica manejar el expediente electrónico, lo cuál representa un problema para ella. Se vuelve hacia mí y dice que con la carga de trabajo que hay todos los días es difícil manejar el expediente en la computadora, y que ahora por el momento es doble trabajo porque hay que hacer nota en el expediente manual y luego introducirla a la máquina, y es doble trabajo, además que la máquina es lenta, a veces se atora, o no permite el acceso rápido, por lo que se pierde mucho tiempo, y eso la pone de genio. Cuando termina de decir esto, voltea hacia la paciente y le dice:)

M. ¿ya está lista Sra.? *(Pero la paciente acostada continúa con su pants hasta las rodillas).*

M. ¿No le dije que se quitara todo el pantalón?, ¿qué no me va a hacer caso? Necesito revisarle las piernas, ¿no dice que son las que le duelen? ¿Cómo se las voy a ver si las tiene todas tapadas? ¿a ver quítese el pantalón y de paso los zapatos también.

(La paciente sin decir nada, con cara de disgusto, se levanta, se quita zapatos y pants, mirándonos de reojo, con su lenguaje corporal está indicando que le da pena o vergüenza quitarse su ropa, pero lo hace, y se cubre con la sábana. Se acuesta y en esos momentos la Dra. se dirige hacia ella en tono molesto).

M. Ud. se acuesta con pants doña Rosa y le acabo de decir, se tiene que descubrir, yo no tengo vista de rayos X para decirle que tiene, pero Ud. no hace caso... ay, estos pacientes, y luego están pidiendo el diclofenaco para el dolor.... Mire, tiene varices, desde acá tiene várices, y en las dos piernas, mire, tiene tortuosas las venas hasta arriba; ésta es la causa de sus dolores y piquetes, y luego tiene juanetes, de los dos pies tiene juanetes, pues cómo no quiere que le duelan las piernas, si estos juanetotes no la han de dejar caminar bien. Mire, si yo tengo juanetes camino mal, voy a caminar chueco y con eso, lastimo la columna y luego duele todo, pero yo esos dolores no se los puedo quitar con puro naproxeno. Uds. todo lo quieren remediar tomando pastillas. ¿Se quiere operar de sus juanetes? Mire, toda la pierna derecha, cómo le cruje la rodilla, ya la trae mal de caminar chueco, la voy a mandar a Rx. y de ahí a la operación.

(Termina su exploración soltando las piernas de la paciente y regresa a su escritorio).

P. ¡Bendito sea Dios!, no... si cuando ya llega uno a viejo...

(Dice la paciente, aliviada más porque ya se puede volver a poner su pantalón que por lo que le dice la doctora, y sin poner atención a lo que le explica le dice:)

P. Ud. conoció a mi marido, como era él. Cuando estaba el Dr. Campos él me mandó aquí atrás a hacer ejercicio, y sí, vine un tiempo, ahí me impuse a los pants, y me sentía muy bien... pero luego mi marido ya no me dejó venir, decía que nomás venía a

chismear con las viejas argüenderas, nomás perdiendo el tiempo, que no había nada que hacer aquí, que uno debe ser mujer de su casa y no salir de ahí... (luego dirigiéndose a mí me dice:) ¡imagínese, mujer de sus casa, que nunca sale... y tener que quitarse los pantalones!

M: *(Sin prestar atención a lo que la paciente ha dicho)* Haber doña Rosa, le voy a dar una orden para rayos X, es para que me traiga las radiografías en la próxima consulta, pero la radiografía se la saca un día antes de que venga conmigo, que le den la cita en Rx un día antes, porque el mero día ahí vienen corriendo diez minutos antes de su cita y en ese momento quieren hacer todo. Sáqueme una cita temprano, para que venga luego conmigo. ¿Está tomando sertralina verdad?

P. sí, M. ¿Una o dos? P. Una.

M. Una está bien, para que no tome tantas pastillas. A ver, tiene matriz Doña Rosa.

P. No. M. Ah bueno, entonces le toca su papanicolau hasta dentro de dos años, no hay problema por eso. Le voy a dar mientras lo de su presión.

P. ¿Y también me va a dar el diclofenaco para los piquetes?

M. ¡Ay Doña Rosa!, no le digo... todo lo quiere remediar con diclofenaco, ya para cuando la operen de sus juanetes no va a necesitar el diclofenaco.

P. Pues entonces me tendrán que operar de las rodillas también... me duelen y con el diclofenaco se me quita el dolor de las rodillas y de la espalda, cuando lavo... ¿o también hay operaciones para la espalda?

M. Bueno, bueno, vamos por partes doña Rosa, primero una cosa y luego la otra ¿eh?, por lo pronto aquí la espero el mes que entra con las radiografías para lo de sus juanetes. *(Le dice mientras le entrega sus recetas que incluyen diclofenaco).*

Que le vaya bien doña Rosa.

En la sala de espera afuera del consultorio doña Rosa está contenta porque lleva diclofenaco para sus dolores y me dice que la cirugía no se la piensa hacer por el momento. Considera que es posible que la necesite, pero que ya está grande (de edad) para operarse. Que va a hacerse la radiografía para darle gusto a la Dra. y porque no tiene que ir a ningún otro lado, pero que no piensa ir nunca con el cirujano de las operaciones.

Ésta es una de las numerosas estrategias que se pueden utilizar en las distintas formas que toma una interacción. En ella se observa que la paciente tiene su propia concepción de lo que le acontece y de lo que le puede ayudar a resolver su problema. De igual forma la doctora tiene sus propias definiciones acerca de lo que debe hacer con la paciente. El problema es que no comparten una misma perspectiva. Durante el desarrollo de la interacción se deja sentir el poder médico sobre el cuerpo de la Sra. para llegar a un diagnóstico y a un plan de acción sobre el mismo. Pero finalmente la Sra. decide qué hacer con su cuerpo y lo único que le interesa es quitarse el dolor con las pastillas.

En la teoría social existe una abundante literatura sobre el poder, pasando afortunadamente del análisis que lo reducía a una propiedad específica de las relaciones de clase para verlo como un aspecto de las interacciones sociales en general (Bordieu, 1990; Foucault, 1980; Giddens, 1979). La complejidad de la relación poder/conocimiento/saberes en el campo de la salud reside justamente en las consecuencias que las acciones tienen sobre el cuerpo y la calidad de vida de los sujetos que se someten a cualquier procedimiento médico. No solamente

son importantes las acciones que se hacen, sino también las que se dejan de hacer. En este sentido, cuando hablamos de un padecimiento crónico, hay que destacar una de las cualidades de los saberes, el conocimiento, y el poder: su capacidad transformadora.

Villarreal (2000) ha escrito en torno al poder y distingue tres consideraciones en las formas en que se desenvuelve y lo que puede acontecer en un proceso de relación. La primera de ellas es la intencionalidad, donde en particular destaca las consecuencias no intencionadas conscientemente de su ejercicio. En las rutinas cotidianas los límites de las acciones no son factibles de circunscribirse con claridad, el poder está dentro de una red social en contacto con muchas personas con diferentes identidades y roles, por lo que responde a estas mismas atribuciones, con lo que su delimitación escapa a las intenciones específicas de quien lo ejerce. La segunda consideración, que se deriva de la anterior, es hacer la diferenciación entre poder y relaciones de poder. Es decir, que el poder no es una cualidad inherente al sujeto que lo puede poseer o del que puede carecer. El poder es situacional, tiene un contexto desarrollado en un espacio con una temporalidad y se genera durante la interacción, sin que implique necesariamente una imposición hacia un solo lado. Lo que conduce a la tercera consideración, referida a la multidireccionalidad de las relaciones de poder. Éstas son flexibles, fluidas, no están sujetas a la voluntad estructurada de las personas, los organismos o las instituciones, en ellas el poder se negocia. Las relaciones de poder son una multiplicidad de relaciones de fuerza (Foucault, 1992) que se encuentran en movimiento constante por medio de estrategias que las pueden reforzar, transformar o invertir; donde el conocimiento sólo es parte de un discurso dominante. Pero unas veces puede ser utilizado por los sujetos de una forma y otras puede adquirir un sentido inverso.

El paciente del ejemplo inicial anteponía el saber popular al conocimiento científico. Sin embargo, el resultado que obtuvo en la forma de negociar con el médico no le permitió lograr su objetivo; a diferencia de la paciente del último ejemplo que seguirá obteniendo su medicamento porque si no está dispuesta a operarse de los juanetes, menos aún de la columna vertebral, y seguirá requiriendo de un medicamento para el dolor.

Conclusiones

En este capítulo se muestran las posibilidades de un modelo de atención que he llamado de tipo comprensivo, en beneficio de ambos médicos y pacientes. Se ha destacado que la connotación principal que tiene la relación médico/paciente es la de ser un proceso continuo y negociado. Luego de visualizar la diversidad de la dinámica de trabajo institucional, las concepciones, los criterios, las actitudes y la personalidad de los sujetos involucrados, encuentro que todos estos elementos en conjunto, participan en una interacción, cuyo sentido está inmerso en relaciones de fuerza y poder utilizados con múltiples direcciones. En la relación se negocian no sólo intereses de ambas partes sino también ideas, conocimientos, valores y concepciones acerca del cuerpo, de los padecimientos, del sentido del bienestar y de lo que significa la salud y sus posibilidades de obtenerla. La relación poder/saber/conocimiento ejercida por los sujetos se enlaza, entonces, con la respuesta a necesidades y la consecución de intereses. Pero los intereses de las personas pueden no ser coincidentes, como se observó en la tipología de las interacciones.

El transcurso de la consulta puede derivar en diálogos comprensivos y puntos de acuerdo, o bien en conflictos, desacuerdos, o prácticas de sumisión y obediencia, no sólo por parte del paciente. En no pocas ocasiones el médico se subordina a los intereses del paciente. Lo ideal sería que la relación médico/paciente o trabajador de la salud/paciente desembocara en situaciones de empatía y comprensión. Pero esto depende de factores individuales y contextuales de ambas

partes. Quiero concluir este capítulo resaltando lo que pudiera ser más factible para generar cambios y transformaciones en beneficio del paciente. Un padecimiento crónico es para toda la vida. El paciente vive con él y le acompañará hasta que muera. El médico siempre tendrá pacientes diabéticos e hipertensos que atender. En el marco de una Institución de Seguridad Social ambos establecerán una relación de largo plazo. La estructura institucional influencia, favorece o restringe construcciones conceptuales y prácticas, porque moldea la dirección del trabajo técnico y la organización de sus dinámicas de manera más o menos efectiva, define prioridades, y a través de sus recursos dispone de las opciones para cualificar la práctica médica.

Pero como se observó, en una misma Institución las características de la relación médico/paciente pueden ser diametralmente distintas. Las diferencias en la atención pueden ser tan significativas y opuestas como lo blanco y lo negro. Pero siempre encontramos matices en las formas de realizar el trabajo por el personal de salud y las respuestas de los pacientes. Frente a esta situación la reflexión se orienta a la promoción de un tipo de relación que sin dejar de lado los contextos, se aproxime a lo que se considere una acomodación mutua de objetivos e intereses, basada en la elaboración compartida de marcos simbólicos y donde las diferenciales de poder conduzcan a la mediación de actividades prácticas de beneficio en la conducta del paciente.

Las limitantes estructurales en las Unidades del primer nivel del IMSS hacen difícil, por el momento, acciones extramuros más allá de la atención de los pacientes dentro de las UMF. Pero la atención a sus contextos puede realizarse desde la preocupación del médico invertida en el tiempo de la consulta. Es posible anular las barreras físicas de las clínicas con preguntas sencillas acerca de la familia, de los problemas laborales, económicos, emocionales; de la situación de los hijos, nietos, y otros familiares; de las formas en que se tratan los problemas; de lo que acostumbra comer y de las maneras en que el paciente emplea su tiempo.

Conocer al paciente no es únicamente hacer un diagnóstico y prescribir un medicamento. Es interesarse por él, por la situación de vida que le rodea y por las posibilidades o restricciones que tiene. Clarificar por qué está deprimido, ansioso, irritable o enojón. Qué espera del médico y saber cuál es su objetivo en la consulta. Entonces es posible que el médico también pueda poner sus cartas sobre la mesa, definir cuál es el objetivo de su trabajo y cómo se pueden negociar los conceptos e intereses de cada uno.

El paciente por lo regular llega con el médico, cargado de angustias, desconfianza y pesimismo. Más aún cuando se trata de pacientes crónicos y viejos. Para ellos la vida está encerrada en una visión de corto plazo, con daños irreversibles en su cuerpo, visualizados desde la perspectiva del fatalismo y la cercanía de la muerte. Muchas veces carecen de motivaciones y proyectos, y sus acciones se orientan hacia el descuido antes que al autocuidado de su cuerpo. En ocasiones, el prestador del servicio contribuye a reforzar tal situación, cuando en vez de orientar su atención hacia un cambio o transformación positivos, lo hace en dirección contraria. Obtener confianza, respeto, y comprensión por parte del paciente para poder influir de alguna manera sobre su futuro no es tarea fácil y es posible que nunca se logre con algunos pacientes. Pero el intento siempre se puede hacer, es necesario y vale la pena.

X. PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN. LOS PROGRAMAS INTEGRADOS DE SALUD EN EL IMSS. ¿UN GOLPE DE TIMÓN?

Introducción.

En los dos casos de estudio presentados, tanto la diabetes mellitus como la hipertensión son las dos primeras enfermedades de motivos de atención y se encuentran dentro de las cinco primeras causas de defunción en la población de más de 60 años, adscrita como derechohabiente a las Unidades de Medicina Familiar. No obstante la importancia de estos padecimientos, pareciera que no se encuentra todavía una fórmula de intervención para superar los nuevos retos. Se sigue trabajando conforme el modelo de la curación con un tratamiento circunscrito al *control adecuado* del paciente ya diagnosticado, y acciones orientadas a la detección temprana de los ya enfermos. Es decir, se apuesta al diagnóstico oportuno y a la prevención de complicaciones de daños establecidos. Por tanto, se deja sin atender el propósito fundamental de la salud pública actual que busca impactar sobre los posibles nuevos casos de presentación de enfermedades con el fin de modificar no sólo lo que sería la prevalencia, sino también la incidencia, evitando el aumento creciente de los padecimientos y daños aparejados.

Se deja de lado la atractiva discusión en el campo de la salud a partir de la década de los noventa donde se involucra el concepto de promoción y el nuevo enfoque que trata de comprender a la salud como un proyecto social (Kikbusch, 1996). Desde esta perspectiva se vislumbra la salud como parte de un proyecto social de vida. El concepto de promoción contempla la autoayuda y el autocuidado individuales paralelos a las acciones de las instituciones de salud y de otros organismos públicos de la sociedad. El objetivo es incidir en la calidad de vida de las personas y por ende en su salud. Se trata de promover fenómenos de movimiento social en busca del bienestar, entendiendo a salud no como un fin en sí mismo, sino como parte de las capacidades del ser humano, un recurso más, empleado para obtener mayor calidad de vida (Kikbusch *op. cit.*) y mayores oportunidades de disfrute y placer.

En este capítulo se analizan los programas dirigidos a la prevención en las UMF. El marco teórico utilizado como referente para el análisis, parte de la definición de la salud y el concepto de promoción a la salud implementados en un primer nivel de atención.

El primer nivel en un modelo integral de atención en salud

Para empezar es conveniente establecer la ubicación del IMSS dentro del esquema global de las políticas de salud en los modelos de atención seguidos en nuestro país. En la Declaración de la Conferencia de Alma Ata (1978), donde se discutieron y acordaron los lineamientos generales de políticas en salud suscritos por los países pertenecientes a la OMS incluido México, se define por primera vez lo que se ha llamado Atención Primaria en Salud:

“La atención primaria en salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías apropiados, científicamente probados y socialmente aceptables puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar durante todas y cada una de las etapas de su desarrollo con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud del que constituye la función central y núcleo principal como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención en salud al lugar de residencia y trabajo y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria” (Kroeger A., R. Luna, 1987:7).

El documento establece también que, las actividades del primer nivel de atención abarcan desde la vigilancia de la nutrición hasta las obras de abastecimiento de agua potable y saneamiento básico, además de otras actividades preventivas como la asistencia materno-infantil, el control de las enfermedades endémicas locales, la aplicación de vacunas así como también la educación para la salud; sin dejar fuera el aspecto de la curación, cuando menciona que se debe garantizar el tratamiento adecuado de enfermedades y traumatismos comunes, así como el suministro de medicamentos esenciales (Kroeger A., R. Luna, *op. cit.*: 9-10). En esta declaración se vincula la salud con el desarrollo económico y social de las naciones y se plantean tres condiciones mínimas para construir el contexto deseable que pudiera conducir a la satisfacción de las necesidades esenciales de salud de un país. La primera, es que toda la población disponga de agua potable y alcantarillado, vivienda y abrigo adecuado, un nivel mínimo de educación, empleo digno con buena remuneración y alimentación suficiente y equilibrada. La segunda es que se desarrolle la infraestructura suficiente para alcanzar la extensión universal de los servicios personales en salud, es decir, todos aquellos cuya función esté encaminada a la promoción de la salud y la prevención de los daños a la salud. La tercera, es la extensión universal de los servicios personales de salud para la curación, que deben contar con tres niveles de atención: medicina general y familiar; especialidades y subespecialidades enlazados con un sistema de referencia de pacientes que logre tener cobertura universal.

De acuerdo con este esquema, el modelo de atención del IMSS corresponde a la tercera condición. No se inscribe en las pautas que la OMS propone en la Conferencia de Alma Ata para cumplir con el objetivo de la prevención en salud, que en nuestro país compete básicamente a la Secretaría de Salud. En todo caso el IMSS estaría formando parte de la opción que conforman los servicios personalizados para la atención médica, a los que operativamente, les atañe la atención curativa de daños y enfermedades. Necesidades a las que en tiempo atrás, el Instituto orgullosamente respondía con infraestructura suficiente, con los adelantos científicos y tecnológicos más avanzados y con un personal altamente calificado. Desafortunadamente, en la actualidad esto ha cambiado y la eficiencia del servicio a de sus derechohabientes atraviesa por momentos de crisis que ponen a la Institución en entredicho.

¿Qué pasa con la prevención y la promoción, cuando se enfrentan como principales problemas las enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes y la hipertensión? ¿qué nuevos argumentos se han esgrimido para orientar políticas ante los retos en los despertares del siglo que comienza? la propuesta del IMSS en las UMF, es la siguiente:

Los programas integrados de salud. Prevención, promoción y concepto de salud

De acuerdo con su definición los programas integrados de salud (PRISA) del IMSS, son:

“Una estrategia de prestación de servicios que tiene como propósito general la provisión sistemática y ordenada de acciones relacionadas con la promoción de la salud, la vigilancia de la nutrición, la prevención, detección y control de enfermedades y la salud reproductiva, ordenándolas por grupos de edad” (Documento interno del IMSS: Programas Integrados de Salud. Octubre 2002:1).

Para su desempeño la dirección de Prestaciones Médicas del IMSS estableció cinco programas integrados:

- Salud del niño (menores de 10 años)

- Salud del adolescente (10-19 años)
- Salud de la mujer (20-59 años)
- Salud del hombre (20-59 años)
- Salud del adulto mayor (mayores de 59 años, hombres y mujeres).

Una primera diferencia con respecto a las acciones que se realizaban anteriormente es que intenta agrupar y ordenar los 39 programas específicos que ya existían como parte del trabajo desarrollado por distintos servicios en las UMF: los de consulta externa, trabajo social, medicina preventiva, estomatología, nutrición y dietética, materno-infantil, y planificación familiar. Antes de los PRISA, los programas se dirigían a grupos de edad divididos por cada cinco años, lo que fragmentaba las acciones desarrolladas y la supervisión de las mismas. Con la nueva propuesta se pretende integrar y coordinar las acciones de los programas al dirigirse a grupos más amplios de la población, organizados de acuerdo con su ciclo de vida. Cambia también la concepción de los diversos prestadores de servicios de las UMF. Ahora se conciben como parte de un equipo complementario de trabajo, correspondiendo a los jefes de consulta la supervisión de las actividades y la evaluación de las metas y los objetivos logrados. Se busca una mejor supervisión, así como cuantificar las acciones de los servicios con mayor precisión.

Un aspecto interesante de los PRISA es que proponen un enfoque diferente de los programas. Anteriormente sus acciones estaban destinadas a lo que se denomina como prevención de factores de riesgo. Ahora se sustituye esta concepción por la de protección a la salud de grupos poblacionales bien definidos (PRISA, *op. cit.*: 7). La idea de estos cambios es por un lado, ordenar, simplificar y agilizar las acciones de los prestadores de servicios en las UMF. Por otro, se busca recuperar el enfoque de atención integral a la salud como estrategia para que los usuarios de la institución gocen de acciones preventivas y curativas de manera simultánea y coordinada. Nótese que se habla de acciones preventivas y curativas sin mencionar las relativas a la promoción, si bien la pretensión es contribuir a recuperar el propósito original de la medicina familiar: *la atención integral de la salud de la familia* (PRISA, *op. cit.*: 8). Objetivo difícil de lograr tan sólo con un enunciado de programa. Son varios los factores sobre los que abría que trabajar, como se ha venido evidenciando en los capítulos anteriores.

Otro elemento innovador de los programas es que se contempla al usuario como sujeto activo del proceso de conocimiento y prácticas de vida saludables, por lo que una de las acciones que debe realizar la asistente médica de cada consultorio es entregar una cartilla individual de salud a todo derechohabiente que acuda a solicitar una consulta médica, sea éste niño, joven o adulto. En dicha cartilla se registran los datos de identificación del paciente, así como las pláticas de educación para la salud a las que haya asistido. Los temas de las sesiones son adecuadas al ciclo vital del usuario, e incluyen la alimentación, la actividad física, salud bucal, la sexualidad, adicciones, accidentes y violencia intrafamiliar. Igualmente, se vigila su estado nutricional para lo cuál se valora el peso con relación a la talla, se hacen análisis para la detección de anemia, se aplica el esquema de vacunación adecuado a la edad, y se realizan las acciones para la identificación oportuna de enfermedades. En lo que respecta a la vigilancia de la salud reproductiva, se dirige al control del embarazo, parto y puerperio, al otorgamiento de métodos anticonceptivos, a la atención al climaterio y la prevención de complicaciones de la menopausia. Por último se registra la asistencia a la consulta médica.

Con la cartilla de salud, se le proporciona al derechohabiente una guía para el cuidado de la salud. Esto es lo más trascendente ya que el objetivo de la guía es proporcionar información a los distintos grupos poblacionales sobre la promoción y prevención de la salud. Se explican en

ella, situaciones personales de riesgo, conocimientos para una adecuada nutrición y la detección oportuna de estados de desnutrición, sobrepeso y obesidad. Finalmente se informa acerca de actividades periódicas necesarias para prevenir y detectar oportunamente enfermedades. Un primer aspecto de las guías que es conveniente resaltar es que el concepto de promoción se está concibiendo como un símil del de educación para la salud. Es decir, se entiende como: pláticas sobre los temas arriba enumerados, cuando la información especializada sería solo una parte del amplio contenido de la noción de promoción desde la nueva salud pública. Mientras que la noción de prevención se dirige solamente a las enfermedades infectocontagiosas. Las crónico-degenerativas están en el rubro de detección e identificación oportuna. En lo que respecta al concepto de salud se lee en sus enunciados una orientación de tipo funcionalista. Por ejemplo, en la presentación de la guía para mujeres de 20 a 59 años de edad, se lee:

“...La sociedad le ha dado (a la mujer) siempre un papel fundamental en el cuidado y bienestar de su familia, por lo que es necesario que usted se mantenga sana y en plenitud de facultades para cumplir exitosamente con sus funciones y lograr cada uno de sus ideales” (Guía para el cuidado de la salud. Mujeres de 20 a 59 años 2002:1).

Queriendo dar un paso adelante se menciona además que:

“...la salud es uno de los bienes más preciados que se deben conservar para continuar con una vida plena” (Guía para el cuidado de la salud. Hombres de 20 a 59 años:1)

En este concepto la salud es considerada como un *bien* para funcionar mejor, en vez de una *capacidad* para tener mejor calidad de vida con mayor bienestar. En las guías se supone que las decisiones del individuo en su vida profesional, afectiva, laboral, familiar y de relaciones sociales se definen, únicamente por el criterio del libre arbitrio, en concordancia con la perspectiva de la libre elección (Esping Andersen, *op.cit.*). No se toma en cuenta el carácter social de la vida y la salud con un marco de posibilidades y limitantes estructurales en donde se encuentra inmersa la agencia del individuo con sus características biológicas (Marcus y Fischer, 1986; Bordieu, 1990; Giddens, 1991; Long, 1992).

Tensión entre autocuidado y políticas sociales

La tensión entre la responsabilidad individual y la social para el cuidado de la salud, es la discusión actual en el ámbito internacional. Los vaivenes se agitan entre los riesgos individuales, el autocuidado, la prevención en salud y la socialización de la salud en la concepción de la promoción. La tensión no es ajena a situaciones semejantes en otras esferas de la vida social. En los documentos de los PRISA las aguas se arremolinan a favor de una concepción individualizada de las acciones en salud, concebida ésta de manera estática, es decir, como un *estado* y no como un *proceso* con ires y venires, continuidades o discontinuidades, posibilidades y limitantes; dado que consideran a los estados patológicos situados en la persona, por lo que interesa que la persona esté consciente de ello para que desempeñe de la mejor manera su función en la sociedad. Se pierde de vista el universo y la visión integral, a pesar del reconocimiento de que una enfermedad específica puede repetirse un sinnúmero de veces, de acuerdo a un entramado de circunstancias que las vinculan socialmente (Focault, *op. cit.*). Justamente este entramado de circunstancias sociales que se entretajan como una especie de telaraña, una constelación de factores (Rothman, *op.cit.*), conjuntamente con las características genético-biológicas de un individuo, circunscribe, posibilita, restringe o coarta la manifestación de buena cantidad de padecimientos.

En esta tensión, lo que se observa es que una institución como el IMSS tiende a definir la participación del sujeto como responsable de lo que le acontece, dimensionando en un plano muy limitado el alcance de sus propias acciones y programas. Sin el ánimo de restar importancia a la agencia individual tocante al cuidado y la conservación de la salud, tratar de desplazar hacia el sujeto el compromiso fundamental del cuidado en salud puede conducir a que la suma de esfuerzos entre las Instituciones estatales y la población no tiendan a mejorar las condiciones de vida y de salud. Por el contrario, lo que se percibe en estos momentos es el descontento social cuando no hay oportunidades de empleo, o es mal remunerado, se trabaja en condiciones deplorables y con prestaciones mínimas o sin ellas, como sucede con el empleo informal. Se intenta limitar el acceso a una educación superior. Existen pocos lugares de recreación y solaz accesibles por su costo a la mayoría de la población. Se acrecienta el número de hogares con jefas de familia solas y el número de hogares donde la pareja trabaja todo el día y los hijos deben asistir a guarderías, o ser “cuidados” por familiares, principalmente las abuelas.

Debe reflexionarse entonces si se apela a la individualidad, qué tanto se descarga en el sujeto la responsabilidad social. Si bien es importante el autocuidado individual, éste no debe ser un arma de doble filo ni usarse como argumento para evadir la responsabilidad de las instituciones estatales en el cuidado de la salud. Ambas se deben concebir como parte de ese proyecto social conjunto en la búsqueda de mejores resultados sobre el bienestar.

Epidemiología de la conducta. Factores y no procesos de riesgo

Ya durante la época de los años setenta, como resultado del enfoque multicausal de las enfermedades, se hablaba de los factores de riesgo de los padecimientos crónico-degenerativos. Este enfoque, se retomó en México prácticamente hasta inicios de la década de los años noventa. Se consensuaron mundialmente los factores de riesgo coronario (afectación de la arterias del corazón que puede generar infartos), los factores de riesgo para la diabetes, para el cáncer pulmonar, cervicouterino y mamario, para la presentación de cirrosis hepática, etc. Fueron momentos en que se presencia la apertura de la epidemiología de la conducta (Kickbusch, 1989).

En esta primera etapa de definición, los factores de riesgo relacionados con la conducta frente a la salud tienen una característica: son considerados como riesgos individuales acordes con una concepción también funcionalista de la conducta (Coreil, et. al., 1985) que de igual manera, dirige el eje de la responsabilidad de la salud hacia el individuo. No se habla de procesos de riesgo (Brehil, *op. cit*) al referirse a los estresores sociales perjudiciales para la salud, ni tampoco al comportamiento de las personas frente a los problemas y las alternativas de los servicios (Cockerham, *op. cit.*). Las guías de los PRISA en el IMSS, continúan reproduciendo estos lineamientos, por ejemplo, los factores de riesgo para hipertensión y diabetes señalados en las guías se circunscriben a dar información sobre la herencia, la obesidad, el tabaquismo, el alcoholismo y la falta de ejercicio, fomentando acciones individuales sobre hábitos de vida más saludables para lograr su control. Se puede decir que el concepto de promoción empieza a ser parte de una postura vigente y actualizada, pero todavía se limita a sesiones informativas de educación para la salud buscando incidir sobre hábitos y conductas pero de manera individual, de acuerdo con el grupo de edad a las que van dirigidas.

Más allá de las guías, se vislumbra el intento de trascender hacia una participación social más organizada, cuando se plantea la conformación de grupos de ayuda mutua para diabéticos, hipertensos, obesos y en contra de la violencia intrafamiliar. En ese sentido, se propone la estrategia de grupos de autoayuda en pacientes con sobrepeso, obesidad, hipertensión y diabetes

(SOHDi). Estrategia que no es nueva, se venía planteando desde 1995 cuando inició el Programa de Atención al Adulto Mayor, al que ya hice referencia. Sólo que, en aquél tiempo el modelo educativo planteado y la capacitación al personal de salud no tuvieron mayor relevancia. Pero las bases conceptuales son semejantes, están referidas al desarrollo de habilidades personales, sociales y cognitivas que permiten a la persona controlar y dirigir su vida teniendo la capacidad de convivir con su entorno y modificarlo. Una diferencia entre el enfoque de grupos de autoayuda anteriores y la propuesta de los SOHDi es la aplicación de la estrategia psicosocial que se plantea en la conformación de nuevos grupos. La estructura que se utiliza es la socialización en grupo de problemas afines que pueden generar un proceso de ayuda mutua para un problema común. A partir de la referencia a historias personales, se busca el establecimiento de metas comunes y la resolución de problemas mediante el apoyo grupal y familiar. El apoyo social es fundamental para ayudar a desarrollar capacidades que permitan enfrentar de mejor manera los problemas cotidianos del diabético y del hipertenso, a la vez que puede servir como un amortiguador en grupo de los sucesos o experiencias vitales negativas y de situaciones de estrés. Es por esto que la estrategia de los grupos SOHDi se basa en: *Esquemas de educación para adultos y enfoque psicosocial de tal manera que se favorezcan cambios en su estilo de vida* (de los pacientes). (Estrategia de grupos de autoayuda SOHDi IMSS 2005:5). Y sus objetivos son:

- *Implantar la estrategia de grupos de autoayuda en unidades de medicina familiar.*
- *Lograr la modificación de los hábitos alimentarios: intercambio de alimentos y manejo de raciones.*
- *Lograr la modificación de la actividad física: frecuencia y duración.*
- *Elevar la proporción de pacientes hipertensos y diabéticos controlados.*
- *Disminuir la proporción de pacientes diabéticos o con sobrepeso.*
- *Mejorar el nivel de bienestar social de los pacientes.*
- *Elevar la satisfacción del usuario con el desarrollo de la estrategia SOHDi.*
- *Incrementar la satisfacción de los prestadores de servicio con el desarrollo de la estrategia de grupos de autoayuda.” (Ibíd.:4)*

Otro aspecto novedoso de los SOHDi es la evaluación del avance de los grupos que consiste en la valoración de los cambios o transformaciones concretas de los hábitos de vida: la composición, intercambio y utilización de raciones alimenticias; la disminución del índice de masa corporal y de la circunferencia de la cintura; el tipo, frecuencia duración e intensidad de la actividad física; la reducción o el apego a medicamentos; y la menor necesidad de visitas a urgencias por el descontrol en las cifras de glucosa o de presión arterial. Además de que se le confiere particular importancia y atención a los trastornos de ansiedad, depresión, alimentación compulsiva y trastornos demenciales, que con frecuencia se presentan en los adultos mayores, aparejados a la hipertensión y la diabetes. Sin embargo, el resultado de esta estrategia, todavía no es factible de valorar, dado que para cuando desarrollé el trabajo de campo, apenas se iniciaba su operación en la UMF-A, y estaba en proyecto todavía realizarse en la UMF-B.

Por otro lado, ya se cuenta con una revista dirigida a la población en general: la revista *A tu Salud*, donde con un lenguaje accesible y sencillo se tratan diversos temas relacionados con las enfermedades y se dirige la atención hacia el conocimiento de sus factores de riesgo. En los dos últimos años se ha seguido como estrategia la utilización de los medios de comunicación masiva. Se difunde la necesidad de utilizar los servicios y beneficiarse de las acciones del prevenimss. Pero el discurso empleado sin embargo, sigue orientado hacia la prevención y la detección oportuna de enfermedades, más que a la promoción de salud. En el mismo sentido se introduce el concepto de calidad de vida para los adultos mayores con la finalidad de disminuir la morbilidad y mortalidad asociada a riesgos y daños frecuentes en este grupo de edad, pues se da a conocer la

información de las guías para que el adulto mayor conozca y demande los servicios preventivos que le ofrece la institución. La propuesta, como la de toda acción discursiva, es necesario confrontarla con la acción práctica de lo que sucede en la cotidianidad de las UMF.

Resistencias y reticencias, el personal de salud

Las primeras guías clínicas a las que hemos estado haciendo referencia se diseñaron entre 2001 y 2002, su primera impresión data de octubre de este último año, de modo que la historia de su empleo, reconocimiento y circulación, desde los mandos directivos hacia los operativos, es reciente. Se empezaron a proporcionar hacia mediados del año 2003 a las UMF y la encomienda es que el jefe de consulta promueva los programas en los diversos servicios que participan. Las acciones que competen a cada servicio están claras y la idea es que todo el personal que trabaja en las UMF colabore como parte de un equipo que trabaja por un objetivo común. Se hace hincapié en que se debe cumplir con las metas exigidas y hacer de la propuesta, un modelo de atención que guíe la actividad de los servicios en el primer nivel.

A decir del personal entrevistado en las unidades durante el trabajo de campo, cualitativamente la nueva propuesta no ha significado un cambio sustancial en la tarea que ya venían realizando. Prácticamente son las mismas acciones, ordenadas de manera diferente, codificadas y registradas de otra forma y en otros formatos. Lo que sí ha significado un cambio es la cantidad del trabajo, dado que ahora el número de acciones que se solicitan como metas por cumplir es mayor.

Desde mi punto de vista, la propuesta es buena aún y con sus limitantes. Significa un avance cuando ahora el personal de los módulos de trabajo social, medicina preventiva o nutrición refiere, por ejemplo, que la demanda de una vacuna, una orientación sobre sexualidad, inquietudes sobre el peso, solicitud de dietas etc., la hace el paciente por iniciativa propia, sin que haya mediado, en muchas ocasiones, la *autoridad médica*. Sin embargo, el aumento en la carga de trabajo no se acompaña del aumento en recursos, ni humanos ni de infraestructura para solventar las nuevas necesidades, lo que resulta en, que las acciones no sean realizadas a pesar de ser solicitadas. He aquí lo que uno de los médicos piensa:

“...los pacientes pueden llegar a tener buen control y por lo menos mantenerse si no en un peso ideal, sí en un peso que no sea un factor de más riesgo para su diabetes, o su hipertensión. Pero esto sólo se logra si pudiéramos trabajar en equipo, aquí en la unidad. Porque sí, te dicen mucho que somos el equipo de salud, y que tenemos que coordinar acciones y que de hecho el prevenimos es coordinar acciones, pero de lengua me como un plato. Aquí nadie quiere jalar parejo, ni archivo ni la asistente ni laboratorio ni los jefes, a ellos sólo les interesan los números, las estadísticas, que se pongan muchas acciones y ya está, pero sin aumentar los recursos. Es más, ya me conformo con que pudieran resolver los problemas que ya tenemos”.

Cuando se intenta llevar a la práctica los PRISA, a decir de los jefes de consulta entrevistados el sector más reacio a participar es de los médicos. En una de las UMF, durante el desarrollo el trabajo de campo, tuve la oportunidad de atestiguar el momento en que el jefe de consulta citó a una reunión a la planta de trabajadores médicos familiares, para dar a conocer los PRISA y solicitarles su participación. La reunión transcurrió sin mayores percances, mientras se explicó el contenido de las guías y las tarjetas de citas, así como el objetivo de los PRISA. Los problemas se suscitaron cuando el jefe de consulta indicó a los médicos que deberían de revisar el expediente clínico de los pacientes para estar al tanto de que cada persona que demandara una consulta tendría que estar cumpliendo con las acciones programadas para su grupo de edad, ya que en caso de no ser así, tendrían la obligación de enviarlo a los servicios que fueran necesarios.

De inmediato, se alzaron dos tres, cuatro y cinco voces en contra de esta *nueva exigencia*. Los argumentos fueron la excesiva carga de trabajo, el poco tiempo de que se dispone para atender la patología que lleva al paciente a solicitar una consulta, que consume más de los 15 minutos que hipotéticamente le corresponderían para su atención, aun más, cuando éste amerita estudios de laboratorio o envío a especialidades, así como lo complicado que parece la sustitución del expediente manual, por el expediente electrónico que en vez de aligerar la captura de la síntesis clínico-diagnóstico-terapéutica, la ha vuelto más ardua y tardada, lo que ha demeritado en el tiempo disponible para la atención del paciente. Otra de las cosas que se mencionaron en esta reunión fue que la revisión del cumplimiento del paciente con las acciones de los PRISA debería corresponder exclusivamente a la asistente médica. Se dijo que la asistente cuenta con más tiempo disponible para que antes de que el paciente entre a consulta, valore si le faltan vacunas, si tiene la nota de trabajo social sobre la información del prevenimss, o si ya acudió al servicio de dental. El jefe de consulta aclaró que en la práctica así sucede, las asistentes entregan las cartillas y las guías, con la obligación de darle seguimiento a la observancia de las acciones sugeridas al paciente, pero que el médico tiene la responsabilidad de constatar que éstas se efectúen en realidad y de evaluar sus resultados, como sucede con el papanicoalou. Finalmente se argumentó que enviar al paciente a los servicios, pudiera ser intrascendente, ya que con frecuencia se va sin ser atendido, porque al llegar se encuentra con un letrado que reza: regreso en media hora. Además de que en medicina preventiva, no puede haber continuidad en los esquemas de vacunación porque un mes hay vacunas en existencia y al siguiente ya no, o hacen falta vacunas específicas como la anti-influenza o la anti-neumococcica. En ocasiones no se puede realizar la detección oportuna de cáncer cervicouterino porque se terminaron las laminillas o los espejos vaginales; y la detección oportuna de diabetes se enfrenta a la falta de tiras reactivas para el destrostix.

Ante tal cantidad de reclamos por la falta de recursos, (lo que de ninguna manera justifica el rechazo a la participación en los programas) la respuesta del jefe de consulta fue:

“No importa... Uds. no se preocupen por eso, eso ya lo veremos en otra instancia, lo importante es que Uds. hayan enviado al paciente y nosotros registremos, que se cumplió con realizar la acción y que estamos cumpliendo con las metas”

Este comentario es ratificado con lo que sucede en el nivel operativo, cuando la responsable del servicio de nutrición señala:

“Aquí, la supervisión... lo que quieren... es ver el numerito, como te decía, contabilizar lo que palomeaste, cómo estuvo, que pasó después con el paciente... eso no se sabe. No se interesan por ver eso”.

En la misma reunión se solicitó la colaboración de los médicos para que participaran en las pláticas de orientación del rubro contemplado como promoción a la salud, que ya se describieron. Se ofreció que podrían elegir el tema con libertad de acuerdo con su interés, y que durante el tiempo que el médico emplearía en la charla con algún grupo específico, el jefe atendería su consulta. De los 22 médicos que estaban en el auditorio, solo dos aceptaron participar. En esta y en dos reuniones subsiguientes de la jefatura de consulta con los médicos, para tratar el asunto de los PRISA, nunca se habló del fundamento epidemiológico para impulsar programas de tal naturaleza. Si bien, se percibe que en ambas clínicas las enfermedades crónico-degenerativas son las primeras que aparecen como causas de demanda de atención, y que cada vez existe mayor proporción de pacientes con estos padecimientos, estas razones no se

analizaron. Tampoco se analizó el concepto de salud que los médicos tienen y sustentan en su práctica médica, ni las nociones sobre la atención en un primer nivel, o cuál es su identidad como médicos prestadores de servicios en una Institución de Seguridad Social. Tampoco se hizo referencia a lo que significan los conceptos de promoción, prevención y curación, para el personal. De esto no se habló.

Una mirada desde atrás del escritorio. Atención asistencial y cultura física

La falta de interés por analizar estos temas no extraña cuando, por ejemplo, en las respuestas obtenidas de las entrevistas con mandos medios en las UMF (jefes de consulta) y de mandos superiores de la delegación, (coordinación estatal del primer nivel), se hace evidente que la discusión sobre estos aspectos tampoco existe. Con respecto a los jefes de consulta en una visión de conjunto, ellos consideran que tanto la hipertensión como la diabetes, son de suma importancia para el Instituto, por su magnitud y trascendencia. Se utiliza la valoración desarrollada por la OPS para jerarquizar los principales problemas de salud pública que se pueden enfrentar institucionalmente, la que se basa en los criterios de magnitud, trascendencia y vulnerabilidad. Cuando se explora acerca de las estrategias seguidas por el IMSS, una vez reconocida la importancia de las patologías, el coordinador estatal de primer nivel, menciona que: *Se han implementado estrategias especiales para su detección oportuna y tratamiento efectivo para su control y retardo de sus complicaciones, para evitar daños a órganos blanco.*

Al preguntar sobre las bases conceptuales de las estrategias puestas en marcha, las respuestas aluden a dos cosas: *considerar los factores de riesgo de las patologías y el control adecuado de la glucemia y de la presión arterial.* Quiere decir que, las acciones contempladas en el primer nivel de atención se dirigen en el mismo sentido arriba analizado que concibe la salud como un evento estático con factores de riesgo y actitudes individuales. Así, por una parte se llevan a cabo detecciones en los grupos de alto riesgo para descubrir oportunamente enfermedades, y por la otra, mediante el proceso educativo se busca influir en cambios sobre factores de riesgo asociados al estilo de vida de los derechohabientes. Con este enfoque se promueve también la formación de grupos de autoayuda. En las entrevistas los jefes de consulta perciben la educación para la salud como un elemento básico en las acciones dirigidas a los pacientes. El objetivo es disminuir la prevalencia de las patologías y la incidencia de sus complicaciones. Mencionan los PRISA como una estrategia que tiene como propósito general la provisión sistemática y ordenada de acciones de *prevención y promoción* a la salud.

Pero el discurso es uno y la realidad es otra cuando no existen estrategias para disminuir la posible manifestación de casos nuevos de enfermedad. Así que, retomando de la entrevista la mención a los conceptos, exploro acerca de las diferencias que se pudieran identificar sobre ellos. Concluyo que no hay claridad ni diferencias significativas. La promoción es concebida como ya se había visto antes, como un símil de la educación, orientada a incidir sobre *factores de riesgo*, mientras que la prevención estaría encaminada a incidir sobre la presentación de *enfermedades y sus complicaciones*.

Se concibe entonces a la promoción de salud, como ese conjunto de acciones informativas que orientan al sujeto a ser más consciente de la necesidad de modificar hábitos de vida, en tanto que la prevención, serían las acciones encaminadas a la detección del daño ya existente y al mejor *control* de la enfermedad, como el constante monitoreo de la presión y del azúcar en la sangre. Por su parte, las autoridades delegacionales de la coordinación de primer nivel de atención,

manifiestan que la respuesta institucional ha sido la instrumentación de programas de atención y prevención para el paciente diabético e hipertenso. Al indagar con ellos sobre las bases conceptuales de los programas, la respuesta fue la siguiente:

“la atención asistencial y mínimas acciones familiares y sociales, con el objetivo de mantener un control metabólico según lo que establece la medicina basada en evidencias, con un manejo muy individualizado, que debido a la nula sintomatología se actúa por inercia hacia la evolución controlada, sin un enfoque hacia la prevención de las complicaciones tardías”.

En una percepción más avanzada, reconocen el carácter individualizado de la atención asistencial, fundamentado teóricamente en los estudios biomédicos de la llamada *medicina basada en evidencias*. Mencionan la actuación rutinaria y por inercia en la búsqueda de una evolución controlada, donde se pierde de vista el enfoque conducente hacia la prevención y la promoción. Las metas están orientadas hacia el control de la glucemia en el diabético por abajo de 126 mg y para el hipertenso, una presión arterial máxima de 140/90. Se evidencia de igual manera la ausencia de una estrategia para evitar la incidencia, y la falta de claridad en el tipo de acciones que se deben seguir para prevenir las complicaciones tardías de los padecimientos.

Lo anterior lleva a considerar que uno de las principales retos del IMSS sería lograr la apropiada utilización por parte de la población de los tres niveles de atención, donde en el primer nivel se garantizara al paciente una red de apoyo efectiva para evitar tanto la presentación de complicaciones en los usuarios enfermos, como evitar la presentación del problema en aquellos que se encuentren en situación de riesgo. Asimismo, debería buscarse la comunicación interprofesional que garantizara un adecuado sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes, que pudiera ser más eficaz y de mejores alcances. Se manifiesta que los recursos con que cuentan los programas son limitados. Lo que induce habitualmente al manejo individual del paciente con desventajas hacia una atención familiar y de grupo ante la falta de educadores en salud, nutricionistas suficientes y psicólogos.

Vale decir que en el apartado de promoción a la salud de las guías, se menciona como principal responsable para realizar las actividades de educación en salud al médico de fomento a la salud, al personal de enfermería y al de trabajo social, pero ninguna de las UMF cuenta con la categoría de médico de fomento a la salud dentro de la plantilla de su personal. Sin embargo, algo que me pareció relevante y que menciona uno de los entrevistados de la coordinación delegacional es que, cuando se habla de las insuficiencias de los programas para mejorar su impacto se hace referencia a que deben contemplarse los aspectos socioculturales de la conducta:

“una cultura física y la presencia de productos apropiados para los portadores de estas patologías, la participación de la comunidad... medidas difundidas por medios masivos de comunicación hacia una salud positiva... cosas que lleven a la prevención de la obesidad, de la ingesta de carbohidratos y grasas excesivas, y el fomento a las actividades deportivas y de acondicionamiento físico.”

O como lo manifiesta una de las trabajadoras sociales:

“Los programas no funcionan porque la gente no quiere venir, es muy difícil para ellos. Por eso vienen los puros viejitos. Tendríamos que buscar otras formas, otras maneras de llegarle a la gente, que fuera más accesible el contacto... no sé a lo mejor como te decía trabajar en las escuelas, en las empresas y con las familias, eso sí sería atención de primer contacto y así tal vez fueran más efectivas las acciones”.

Algo ya más acercado a lo que desde hace dos décadas en el nivel mundial se discute como parte del concepto de promoción a la salud en una intervención de primer nivel, en el primer nivel de atención.

Otro enfoque de la promoción a la salud: la alteridad social del individualismo

En la década de los años setenta, con la perspectiva propuesta en el informe Lalonde (*op. cit.*) ante el reto del aumento de la frecuencia de las enfermedades crónico-degenerativas en el panorama epidemiológico de Canadá, se comenzó a replantear el concepto de la prevención y su vínculo con los comportamientos sociales en salud. La gran aportación de este ministro de salud de Canadá fue proporcionar un marco integrado de lo que él llama los cuatro componentes de la salud antes mencionados: la biología humana, los estilos de vida, el medio ambiente y la organización de la atención a la salud. Marc Lalonde elaboró su propuesta al observar que, si bien las acciones de la salud pública estaban orientadas a la organización de los servicios médicos siguiendo el bosquejo de la concepción sanitarista-ecológica de la salud, las principales causas de mortalidad en Canadá producto de enfermedades crónico degenerativas tenían que ver más con los primeros componentes. Los avances a partir de entonces conducen a la discusión y la definición del concepto de promoción de la salud.

La OMS retoma la discusión y crea en 1984 el Programa de Promoción de la Salud. Entonces se planteó la revisión y discusión constante de los fundamentos sobre los que se pudiera cimentar la perspectiva de la promoción de la salud. Este trabajo culmina con la organización de la Primera Conferencia internacional sobre la Promoción a la Salud celebrada en Ottawa en 1986, cuyos resultados se dieron a conocer en la Carta de Ottawa para la promoción de la salud. La Carta establece que la salud es una de las fuentes de la riqueza de la vida cotidiana que va más allá de la idea de prácticas de vida sana, dado que las condiciones y los requisitos para la salud no conciernen exclusivamente al sector sanitario. La paz, la educación, la alimentación, el salario, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad son los prerrequisitos para obtener salud. Por ello, el objetivo de las acciones en salud es hacer que esas condiciones sean favorables para *promocionar la salud* (Carta de Ottawa, 1986: 367-368).

Como puede observarse el concepto de promoción de la salud es sumamente amplio e incluyente, abarca todas las esferas de la vida social. ¿Qué toca hacer entonces al sector salud y sus políticas para promocionar la salud? En el mismo documento se aborda el tema y se dice que el sector sanitario debe actuar como mediador entre los diversos sectores sociales y económicos, las autoridades locales, el sector productivo y los medios de comunicación, ya que para promover la salud no basta con promover el autocuidado. La elaboración de políticas sociales en salud debería considerar estrategias y programas con diversos enfoques complementarios entre sí, entre los que habría que incluir la legislación, el sistema fiscal, la organización social, los modos de producción y de consumo, el efecto sobre el medio ambiente y, sobre todo, las necesidades específicas en lo económico, lo social y lo cultural. El objetivo es lograr la equidad en salud. Con este enfoque se signa una serie de compromisos entre los participantes, a la vez que se declara que: *El derecho y el respeto a la vida y la paz son los valores éticos fundamentales de la cultura de la salud*". (Carta Ottawa *op. cit.*: 376).

De ésta manera, se lanza una convocatoria mundial a todas las fuerzas sociales para aplicar la estrategia de promoción a la salud, que implica la negociación entre los diversos sectores sociales e institucionales para efectuar acciones económicas, culturales, sociales,

ambientales y conductuales que conduzcan a la creación de ambientes y opciones saludables. Vistas desde esta perspectiva, las intervenciones en salud serían incontables e infinitas, permitiendo amplios márgenes de maniobra y posiblemente lagunas de acción, con el riesgo de caer en tierra de nadie o en la responsabilidad de todos y nadie, sin que en la práctica las acciones lleguen a concretarse; irremediamente la factura de lo no realizado se cobra a los ciudadanos más pobres de países como el nuestro.

Por ello, en la declaración de Yakarta (1997), 10 años después en la siguiente Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, se destaca lo que sería un enfoque práctico para que la población alcance mayor equidad en salud. El documento de la declaración, sintetiza la experiencia obtenida en ese tiempo, reitera el abordaje integral de la salud, pero define los escenarios factibles para la aplicación de estrategias de promoción. Éstos pueden ser desde megalópolis, hasta mercados, escuelas, sitios de trabajo o establecimientos industriales. Apela a la participación activa de la población en la toma de decisiones como elemento indispensable para lograr acciones de promoción, y a la importancia del acceso a la educación, la información de calidad y la divulgación científica para fomentar esa participación.

Se introduce por primera vez el término de empoderamiento de grupos sociales e individuos para tomar el control de los factores que influyen en su salud, éste tiene que ver con la creación o construcción de ambientes o entornos favorables para la salud. Se habla de nuevos conceptos en el campo de la salud pública, dentro de los cuales, además del concepto del *entorno del medio ambiente*, que tiene ya su larga historia como vimos, se habla del *entorno social e inmaterial*. Éste último es considerado como el ambiente creado por el hombre para el bienestar o malestar colectivo, en el que la población puede contar o no con oportunidades, conocimientos y voluntad electiva para realizar cambios de vida favorables a su salud (Declaración de Yakarta, OMS, 1997). Pero es obvio que en un entorno de carencias difícilmente se pueden construir estilos de vida saludables.

Otro elemento interesante que empieza a vislumbrarse es el de considerar la dimensión afectiva de las relaciones humanas en ese bienestar colectivo. Así, aunado a la mejoría material del nivel de vida interesa también la mejoría en el bienestar mental, los que no siempre van de la mano, sobre todo en los tiempos actuales donde los costos sobre el bienestar psicológico provocados en gran medida por la búsqueda del bienestar material pueden transcurrir en dirección inversa. Esta situación es común en la vida cotidiana moderna, como se ha señalado a lo largo de la tesis, al hablar del espacio del trabajo, del consumo y de la red social como parte de los estresores que se convierten en causas de patologías y que son socialmente construidos. Sencillamente, lo que se plantea es otra concepción de la salud y otro concepto de la promoción a la salud, sobre la que todavía hace falta trabajar para abundar en lo que factiblemente puede ir construyendo el IMSS, conjuntamente con la población motivo de sus desvelos.

Una política de atención-prevención-promoción a la salud deberá dirigirse no sólo a los pacientes, sino también a los médicos. Los profesionales de la salud deberán ponderar las acciones de promoción, con el paciente y su núcleo familiar. Se debe visualizar el contexto de vida del paciente no solo familiar o laboral, sino involucrando su red de relaciones más extensa. Sin olvidar los limitantes estructurales para el autocuidado del paciente, la Institución en su conjunto podría tomar medidas más amplias en torno a los padecimientos estudiados y ante cualquier padecimiento para prevenir su prevalencia, tanto como su incidencia.

Conclusiones

Una primera conclusión es que, puede observarse la importancia de analizar el acontecer cotidiano de un trabajo institucional dirigido a la atención de la salud como uno de los derechos fundamentales de las personas, a partir de lo que teóricamente está cimentando su acción práctica. Se analizó en este capítulo la forma en que las estrategias, los programas, las acciones y los objetivos se definen alrededor de una u otra forma de entender la salud; cómo los problemas enfrentados pueden rebasar con mucho las visiones y las posturas epistemológicas exigiendo cambios y transformaciones de la práctica médica. Es evidente que la falta de una discusión adecuada y una proyección más allá de un panorama individualizado, pone en jaque las políticas desarrolladas y se destacan las carencias de la institución.

El golpe de timón que se intenta dar hacia la prevención trae consigo consecuencias en la relación entre el individuo y las formas en que las instituciones están estructuradas para atender su salud. Aquí se evidenció como se juega una tensión constante entre las necesidades de la tarea de prevenir y promover la salud con la propia génesis del IMSS y su carácter ontológico como institución de servicios personalizados. El viraje dirigido a la prevención y la promoción de la salud, tendría que venir acompañado de una discusión formal de los conceptos y de las formas en que podrían desarrollarse como políticas de intervención bien planificadas, lo que requiere además de una reestructuración general y profunda de lo que hasta ahora se hace en las UMF como parte del primer nivel de atención. Valdría la pena revisar lo que desde 1977 fue definido como *atención primaria en salud* y apegarse a algunos de sus preceptos que ahora vuelven a estar vigentes porque coinciden con el impulso que la nueva salud pública le infiere al concepto de *promoción a la salud*. Es por esto que se necesita abrir la discusión sobre los conceptos de salud, de atención primaria, de primer nivel, de prevención, curación y promoción a toda la plantilla de los trabajadores de salud de las UMF. Así como también, la discusión, el análisis y el replanteamiento del perfil y la identidad de los trabajadores de la Institución como servidores públicos y prestadores de un servicio con las características necesarias para promover la salud.

Otra conclusión relevante es, que en la época actual el aspecto de la sanidad se mueve del entorno ambiental al ámbito social. Se reconocen los factores de comportamiento social como elementos importantes generadores de enfermedades o posibilitadores de condiciones saludables. El sujeto, otrora objeto receptor de acciones de intervención cobra nueva vida. Se evidencia que dentro del proceso de búsqueda de solución de un problema de salud, el *paciente* empieza a adquirir visibilidad, cuando se reconoce y se impulsa un proceso de empoderamiento y apropiación consciente, de prácticas dirigidas hacia una vida saludable y se intenta trascender hacia grupos de autoayuda. El IMSS tiene un largo camino por recorrer si le interesa avanzar por la senda de una verdadera promoción para la salud que a la larga lo descargue del tan oneroso gasto que le implica la atención de las enfermedades crónico-degenerativas y sus complicaciones.

La realidad actual y la discusión del diseño de nuevas políticas de salud pública generan un punto de quiebre en el sustento epistemológico de lo que se plantea como acciones indispensables ante las enfermedades crónico-degenerativas. Se requiere pensar no solo en términos ecológico-ambientalistas sino incorporar esa esfera social que había permanecido oculta, a pesar de ser parte de la vida cotidiana relacionada con las conductas y el comportamiento humanos. Reflexionar entonces en la idea de la salud como recurso para la vida y no como meta final, tal como se plantea en las propuestas de la Nueva Salud Pública (Terris, 1996; OMS, 1986,1997; Vega, 2000).



XI. CONCLUSIONES GENERALES.

En múltiples ocasiones una ráfaga de pinceladas artísticas puede bosquejar nítidamente fragmentos de la realidad, porque delineadas sobre un lienzo permiten captar mejor los motivos expresados, que cuando los vemos en el entorno y los escenarios reales; tal vez porque el manejo de las líneas, los colores y la textura le impriman un sello particular, emblemático, de lo que comprende su significado. Esta tesis de ninguna manera pretende ser un trabajo artístico, pero quisiera compartir la idea de alcanzar el objetivo de llamar la atención sobre un aspecto de la realidad. Trata de lograr pinceladas que trasciendan la superficialidad de la costumbre de saber que existen diabéticos e hipertensos y la inercia de saber que tienen que recibir atención de los profesionales de la salud.

Tomar las Unidades de Medicina Familiar del IMSS como estudio de caso, tuvo la intención de profundizar en la atención de las enfermedades crónico-degenerativas como padecimientos. Es decir, trascender la barrera de la instrucción biomédica para entender el efecto social de su significado en los tiempos modernos. No sólo ver, sino sentir la textura de lo que están hechos los mundos cotidianos de los pacientes diabéticos e hipertensos y el mundo de la práctica médica de los trabajadores que los atienden. Es justamente esto lo que a lo largo de la tesis se construye como un objeto de estudio. Por medio del trabajo etnográfico y la observación participativa se analizó la forma en que son entendidos, comprendidos y atendidos estos pacientes y las formas en que se puede evitar que sus padecimientos presenten complicaciones.

Si bien, el reto es todavía mayor y va más allá al descubrir en las pinceladas, trazos profundos de las realidades investigadas, que aportan elementos interesantes con el único interés de evitar que existan en un futuro más pacientes con enfermedades crónico-degenerativas. Por la naturaleza del problema estudiado y por sus objetivos, el estudio se inscribe dentro de la preocupación de la Nueva Salud Pública, para entender los comportamientos sociales y las conductas orientadas hacia la salud. La novedad y la aportación principal de mi trabajo es que no se dirige solamente al análisis de los sujetos que sufren afectaciones crónicas y degenerativas en su cuerpo, sino también investiga a los individuos que los atienden, y se centra en las dinámicas de su atención en un contexto institucional.

Una orientación de tipo biomédico hubiera permitido comprender la enfermedad, pero el objetivo era entender a los sujetos, a las personas. De ahí la decisión de una aproximación desde la antropología médica. Analizar el problema desde esta perspectiva me permitió explicar el papel de la experiencia en los procesos de las conductas frente a la salud. Se demostró que éstas, están conformadas de permanencias, cambios y transformaciones en las formas de sentir, pensar y actuar sobre la diabetes o la hipertensión en una travesía situada sobre el cuerpo. Las vivencias tienen espacios y tiempos, se desarrollan en acontecimientos cotidianos, momentos candentes y situaciones vitales en las biografías de los actores sociales participantes.

La visión obtenida de las UMF permitió explicar también que las instituciones no son entes abstractos, elefantes blancos o grises, sino que tienen una vida interna, una rica dinámica de trabajo, libran una batalla real y peculiar, y no contra falsos molinos de viento: su lucha es por la salud de sus derechohabientes. Su trabajo cotidiano se topa con limitantes estructurales en cuanto a recursos económicos pero también en cuanto a recursos de comprensión de los nuevos retos que las enfermedades crónico-degenerativas les significan. Precisamente porque se sigue funcionando conforme una lógica de comprensión de la enfermedad y no de comprensión hacia el paciente y hacia el trabajador de la salud que les dan vida y razón de ser.

El envejecimiento de la población y sus padecimientos van por delante, van ganando en la batalla por lograr mejores condiciones de vida y salud, ya que si bien, en los tiempos actuales la esperanza de vida para la población en general es mayor, las posibilidades de calidad de vida no son las mismas para una gran cantidad de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas. Aquellos que sufren las complicaciones de los padecimientos mencionan con frecuencia que no quisieran vivir más tiempo porque están enfrentándose cotidianamente con el sufrimiento y con la incapacidad para ser individuos socialmente independientes. Y tenemos familias enteras afectadas generacionalmente por estos padecimientos. Los trabajadores de la salud, por su parte, no quisieran dedicarse a dializar pacientes, amputarles sus miembros, batallar con los dolores de los nervios, con la pérdida de la visión, la disfunción eréctil o las depresiones crónicas.

Uno de los principales resultados de la tesis fue la conclusión de que aún con las limitantes de recursos, los ensayos de cambio sobre la intervención institucional pueden rendir frutos. Se han abierto los ojos en áreas bastante sensibles, como la prevención, demostrando que es factible intentar un trabajo distinto para lograr cosas, aún y que el concepto de promoción a la salud manejado por la Institución esté todavía alejado del planteamiento de la OMS.

Los hallazgos acerca de la efectividad del trabajo médico y de otros servicios bajo un mismo techo institucional muestran que la dinámica de la atención no depende de un solo factor, sino de varios elementos que, tomados en cuenta pueden llevar a configurar un modelo, si no ideal, sí el más conveniente para enfrentar los retos de la problemática estudiada. El punto es justamente la comprensión de que una institución de salud trata con personas y no con enfermedades. En su interior conviven sujetos con personalidad y capacidad de agencia. Tanto el prestador del servicio como el paciente tienen un bagaje de conocimientos y habilidades para tomar decisiones y llevar a cabo acciones que pueden ser benéficas o perjudiciales para su salud.

La experiencia es un proceso continuo a partir de la cuál se reflexiona, se aprende y se actúa. Este proceso pudiera ser compartido y validado para darle sentido a la acción programática que revolucione el trato a los pacientes, por lo que otra de las principales conclusiones que se desprenden de lo anterior es que no es conveniente centrarse en evaluar el *control adecuado* del paciente. Más bien, el interés principal debe dirigirse a los procesos de la conducta que médicos y pacientes han seguido frente al problema. Es importante entender los modelos explicativos que a lo largo del tiempo, se van generando sobre la hipertensión y la diabetes los que, como se pudo observar en los resultados del capítulo seis, no son disímbolos entre médicos y pacientes. Por el contrario, consensan una buena parte del entramado de su significación simbólica. Estos resultados confirman las concepciones de autores como Good (1994) y Foucault (1966) acerca de la dialéctica del conocimiento médico, que se configura en una relación constante entre la teoría científica, y el dato empírico, es decir, entre saberes y conocimientos, entre reflexiones y prácticas, entre avances y retrocesos, entre preguntas y respuestas, entre pacientes y trabajadores de la salud. Por eso el conocimiento nunca es totalitario, sino que puede ser por momentos y sólo por momentos, temporal y espacialmente paradigmático, particularmente en la ciencia médica, donde nuevas observaciones e investigaciones cambian y transforman constantemente los conocimientos. Pero lo más importante de cualquier conocimiento es el poder de su utilización, es decir, el resultado de ponerlo en práctica.

En la relación entre los prestadores de servicio y los pacientes, se verificó que los modelos explicativos sobre las causas, los síntomas, el tratamiento y las complicaciones de la hipertensión y la diabetes se construyeron en un sincretismo cultural entre creencias, mitos, valores morales, costumbres, conocimientos y lineamientos biomédicos. Aunque los pacientes en la práctica fueron más allá en las propuestas prácticas de tratamiento que los médicos, basados en su amplia utilización de saberes y conceptos. La explicación la encuentro en el marco de referencia de la

acción práctica del médico, cuasi acuartelado en el interior de la institución. La inercia de algunos médicos tiene que ver con el objetivo exigido institucionalmente al prestador del servicio basado en el *adecuado control* del paciente, es decir, buscar cifras normales de glucosa y de presión, soslayando el sentido del bienestar, el daño a órganos blanco y la calidad de vida del paciente.

Con suma frecuencia en la dinámica de la atención, el conocimiento médico es impartido de tal manera que se convierte en un ejercicio doctrinario. Los médicos de las UMF se convierten en una especie de objeto de la disciplina científica, y como tal, son entendidos también por la institución de servicios para la salud. El médico usa las medicinas, “medicaliza” al paciente que las nombra igualmente como la panacea de su tratamiento y repite la exigencia del ejercicio y la dieta como palabras imborrables inscritas en una receta que termina en el bote de la basura. Pero en el mismo marco institucional existen quienes no utilizan el conocimiento médico como una poción mágico-religiosa, aunque provenga de la investigación científica. Dentro de las paredes de las UMF estudiadas hay quienes atienden sujetos y no enfermedades. Más allá de las cifras de glucosa, de presión arterial o del peso del paciente, se interesan por su sentido del bienestar, por sus ideas de la curación o sanación, por la forma en que han estructurado sus hábitos de alimentación, su vida sedentaria y por sus relaciones contextuales. Porque todo proceso de cambio biológico no puede separarse de su entorno social.

La relación individuo/sociedad es dialéctica y las posibilidades de protección o riesgo frente a la salud de una persona, dependerán invariablemente de las características biológicas individuales pero también de su contexto social de vida. Es por esto que planteo el concepto de *estresores sociales* para hablar de aquellas situaciones específicas de las condiciones de vida de los pacientes que funcionan como un gatillo detonador de hipertensión o diabetes. Resalto en la tesis las condiciones de vida relacionadas con el espacio del consumo, del trabajo y de la red de relaciones familiares. Por eso, es notable encontrar profesionales de la salud especialmente médicos, cuyo interés no está centrado solamente en prescribir el medicamento eficaz, sino en recobrar conjuntamente con el paciente el *sentido de estar sano* y trabajar a la par en un proceso de largo plazo sobre la conducta más idónea para lograrlo; dentro de las condiciones específicas de cada contexto de vida.

En el tratamiento del paciente, una intervención con esta intención permite trascender de la noción biomédica de enfermedad hacia la noción antropológica del padecimiento, cuando se atiende a los múltiples y complejos efectos que las enfermedades tienen en la vida cotidiana de las personas. Es entonces que la riqueza de la experiencia puede ser utilizada para la transformación de las conductas en contra de la permanencia de acciones perjudiciales para la salud. Sobre estas bases puede dirigirse un trabajo orientado a la posibilidad de construir primero la identificación de tener diabetes o hipertensión, para posteriormente llegar a la identidad de ser diabéticos e hipertensos. El transcurso de un proceso semejante posibilita abrir las puertas para facilitar una segunda faceta del trabajo médico: la que tiene que ver con los cambios necesarios en el comportamiento no siempre aparejados con los cambios en la identidad.

Se pudo constatar que existe una problemática estructural evidente en los espacios de atención de las UMF. Se observó la demanda excesiva de consulta, la baja cobertura de las ausencias por incapacidad o por vacaciones del personal que labora en la institución; los faltantes de medicamentos y las limitaciones en cuanto a estudios auxiliares para el diagnóstico. Sin embargo, en igualdad de circunstancias y con los mismos recursos, se encontró que existen marcadas diferencias en lo que se refiere a las formas de realizar la práctica médica y sus resultados. Con un objetivo epistémico se caracterizó esta diversidad y se resalta la relación entre trabajador de la salud/paciente más conveniente, como un modelo comprensivo de atención, denotándose la importancia de la agencia y la personalidad individuales, tanto de médicos como

de pacientes, para establecer una relación donde puede ser factible un diálogo compartido. Una relación dialógica permite llegar a acuerdos, lo cual es primordial para obtener resultados positivos en el manejo de las enfermedades crónicas. Éste fue un hallazgo interesante, pero el problema es que estamos hablando de individuos aislados en las UMF y no de una política de atención con una dinámica de trabajo institucional asentada sobre las aportaciones de las ciencias sociales, como la antropología de la experiencia o la antropología cognitiva.

En los tiempos modernos, con el desarrollo acelerado de la ciencia y la tecnología, se han priorizado la capacitación científico-médica y el desarrollo de habilidades técnicas, dejando de lado la parte humana de la ciencia médica. Por lo que deben volver a retomarse como parte de la competencia del profesional de la salud, las habilidades de comprensión del paciente. Es necesario desarrollar capacidades para entenderlo como una persona con afecciones no solo físicas sino en su integridad total cuando tiene algún padecimiento, particularmente de tipo crónico-degenerativo.

Debe revisarse y revalorarse la misma comprensión del cuerpo en el campo de la biomedicina, porque el cuerpo humano no puede ser tratado como una máquina, ni ser reducido al estudio y al tratamiento aislado de sus componentes. Un proceso de atención de largo plazo, como el que se requiere en el caso de los padecimientos crónicos y degenerativos, implica un esfuerzo arduo y permanente. Es un reto para todo profesional de la salud. Si el objetivo es lograr influir en el futuro de su evolución, no basta con hacer un diagnóstico preciso y una prescripción medicamentosa. Para lograr cambios y transformaciones en la conducta hay que entender al paciente como un todo, integrando sus dolencias físicas, su visión simbólica del mundo y sus emociones. Particularmente sus emociones pueden ser un motor de cambio o un freno que le impida avanzar en su propio beneficio. Hay que compenetrarse con él y saber en qué momento de su vida se encuentra como portador de un problema crónico.

Las personas diabéticas e hipertensas que fueron entrevistadas no hacen una diferenciación entre enfermedad/padecimiento, a diferencia del personal que los atiende. Más bien, hacen una conjunción de ambos conceptos y dicen padecer una enfermedad. En el padecer es importante para ellos la referencia al efecto que su problema tiene en su vida cotidiana y las formas en que se explican lo que les sucede. De ahí que la conducta posterior se derive de una comprensión sobre los cambios físicos y biológicos de su cuerpo y la comprensión de un esquema de referencia que han elaborado social y culturalmente acerca de sus problemas de salud. A partir de estos elementos los pacientes definen lo que van a hacer con respecto a su tratamiento, construyen un sentido de utilidad y eficacia que incluye desde las pastillas hasta las yerbas medicinales o la oración. Marcan una diferencia entre el tratamiento y los cuidados del cuerpo, donde entrarían la dieta, el ejercicio, el cuidado de los pies, dejar de fumar, dejar de tomar bebidas alcohólicas y la atención a los cambios corporales que van apareciendo.

En esta comprensión y definición de tratamientos y cuidados dirigidos al cuerpo, el papel del proveedor de servicios puede ser de suma trascendencia. Es decir, puede participar conjuntamente con el paciente para aclarar lo que es más conveniente y benéfico para mejorar y mantener su salud, acordar con él, el sentido de estar bien y el sentido de estar sano. Conceptos que a lo largo de la tesis los pacientes manejan, pero que en aras del *control adecuado* algunos profesionales de la salud han olvidado.

Los resultados de la investigación revelan que el ejercicio de la práctica médica en las UMF debe ser revisado y replanteado. La experiencia de la atención requiere una competencia técnica pero también una competencia en la comprensión integral del paciente y su contexto de vida. Sería deseable, que la formación de los profesionales de la salud pudiera revalorarse para avanzar en la solución de los nuevos retos de la salud pública, porque el desafío más importante

de todos es lograr reconocimiento y legitimidad del poder de la ciencia médica, en beneficio del paciente. De igual forma, reconocer el poder del paciente: de sus saberes y conocimientos particulares, de sus capacidades y habilidades para el autocuidado de su cuerpo y de su influencia sobre el entorno ambiental y social. Esto podrá evitar que su vida se complique, pero también, y esto puede ser lo más importante, estimular la transmisión a las generaciones futuras, de su sabiduría. Que los diabéticos e hipertensos de hoy, enseñen a hijos y nietos una conducta cotidiana de cuidado sobre el cuerpo antes de que el daño se presente. Heredar no sólo enfermedades, sino la capacidad del autocuidado y el empoderamiento, para construir ambientes sociales adecuados para la salud y la calidad de vida.

Por lo que otra aportación de la antropología médica, es la definición del concepto de eficacia en la práctica clínica, tal y como se trató en el capítulo nueve. La eficacia en medicina no puede limitarse a la utilización adecuada de medicamentos, debe incluir todas aquellas prácticas sociales desplegadas en el comportamiento que afecten en forma deseable a las enfermedades. La eficacia médica tendría que ser un concepto amplio que englobe ambas dimensiones: la biológica y la cultural, delimitadas por el contexto socioeconómico donde se vive. Podría decirse que el reconocimiento institucional hacia esta idea empieza a retomarse con la apertura hacia la prevención de las enfermedades crónico-degenerativas y la promoción a la salud. La puesta en práctica de los programas del PREVENIMSS analizados en el capítulo diez, mostró el interés por trascender la línea divisoria entre medicamentos y comportamientos o conductas dirigidas hacia la salud. El diseño de las guías, si bien tiene una orientación individualizada, es un avance en la recuperación del sentido del bienestar y de buscar incidir en los estilos de vida donde se desarrollan prácticas cotidianas perjudiciales para la salud. Esta es la posibilidad de conexión entre el paciente y el profesional de la salud para influir de manera más conveniente en los padecimientos crónicos.

Sin embargo, como es evidente a lo largo de la tesis, es claro que los cambios en las conductas no son fáciles y no se producen de la noche a la mañana. Éstos se van construyendo día con día y parten de la experiencia. El proceso de reflexión, validación y consecución de cambios conductuales es continuo y constante, tiene altibajos, ires y venires, encuentros y desencuentros, pero puede caminar en el sentido del beneficio cuando es soportado y legitimado constantemente por una red de apoyo social, de la que pueden formar parte los trabajadores de la salud de las UMF del IMSS. Falta aún mucho camino por recorrer pero la implementación de líneas programáticas de acción, como el SOHDi al que se hace referencia en el capítulo diez, son un ejemplo de lo que se puede plantear como trabajo institucional que entiende la importancia de recuperar la riqueza social de la experiencia y sacarle jugo manejándola en grupo. Promover la conformación de grupos de autoayuda dentro de la institución, es ya un avance hacia una concepción del trabajo de atención en salud que piensa en personas y no en enfermedades.

Habrá que observar en un futuro si los grupos pueden mantenerse funcionando cuando implican costos importantes de traslado de las personas desde sus casas hasta las instalaciones de las UMF. Lo ideal sería realizar acciones extramuros y facilitar las cosas mediante las redes de vecinos y familiares cercanos, porque éstas funcionan además de manera espontánea. Se comparten entre ellos no sólo medicamentos, también plantas medicinales, aparatos de ejercicio o de masajes, y sobre todo innumerables ideas y nociones acerca del autocuidado. Aunque los estresores sociales no están limitados sólo al ámbito del consumo, el trabajo y la familia extensa (que se privilegió en el desarrollo de la tesis), éstos se expresan de distintas formas en la diversidad de escenarios de la vida cotidiana. Por ello, el nuevo concepto de promoción de la salud visualiza las escuelas, los centros de trabajo, los institutos de educación física y fomento deportivo, las distintas esferas y organismos de acción política municipal, estatal y nacional,

como espacios factibles donde se puedan desarrollar acciones de protección a la salud, que lleven a prevenir la incidencia de nuevos diabéticos e hipertensos. Se trata de construir una política social de salud.

Este es un reto en el que el IMSS está poniendo su granito de arena al interesarse por la formación de grupos de autoayuda y utilizar los medios de comunicación masiva y los medios impresos para proyectar una línea de intervención dirigida a la prevención, aunque limitada porque aún las acciones están orientadas hacia personas con el daño ya establecido. Se vislumbra largo el camino por recorrer para tener programas de intervención institucional que estén encaminados a evitar la presentación del daño. Esperemos que los resultados de este trabajo puedan contribuir a la comprensión de la promoción a la salud entre las generaciones que vienen.

Glosario.

Anamnesis. Interrogatorio del médico hacia el paciente para definir signos y síntomas sobre enfermedades

Atención primaria a la salud. Servicios que se otorgan al individuo, la familia y la comunidad para preservar la salud y atender las enfermedades en sus etapas iniciales de evolución. Está basada en tecnologías y métodos apropiados, científicamente probados y socialmente aceptables puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar durante todas y cada una de las etapas de su desarrollo con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

Autoayuda. Todas aquellas medidas llevadas a cabo por no profesionales para promover, mantener o restaurar el estado de salud de una persona, grupo o comunidad.

Autocuidado. Acciones necesarias que requiere realizar cualquier persona en sus formas de vivir orientadas al cuidado del cuerpo. Cuando se padece una enfermedad son aquellas prácticas deseables para afectar positivamente a su enfermedad más allá de un tratamiento farmacológico.

Bienestar total. Nuevo concepto de salud relacionado con la calidad de vida que hace hincapié en las dimensiones de la existencia humana relativas a la experiencia y la conducta.

Calidad de vida. Satisfacción de las necesidades de individuos o grupos a su entera satisfacción, donde no se niegan oportunidades para alcanzar un estado de felicidad y realización personal plenas.

Condiciones de vida. Nivel de calidad de los recursos materiales y de alojamiento del entorno físico en el cual vive la persona.

Conducta de riesgo. En prevención de enfermedades, forma específica de comportamiento de la cual se conoce su relación con una mayor susceptibilidad a enfermedades o a un estado de salud deficiente.

Conducta orientada hacia la salud. Cualquier actividad de una persona independientemente de su estado de salud real o de su propia percepción del mismo, encaminada a fomentar, mantener o proteger la salud, tanto si dicha conducta es o no objetivamente efectiva para conseguir ese fin.

Defensa activa de la salud. Comprende las actuaciones de profesionales de la salud y otros con autoridad reconocida en materia de salud para influir en las decisiones y actos de las comunidades y los gobiernos que ejercen algún tipo de control sobre los recursos que inciden en la salud.

Detección. Búsqueda activa de personas con probabilidad de desarrollar enfermedades crónico-degenerativas.

Diabetes Mellitus. Enfermedad sistémica (general), crónico-degenerativa, de carácter heterogéneo, con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales. Que se caracteriza por niveles elevados de azúcar en sangre debido a la deficiencia o ausencia de producción y acción de la insulina, lo que afecta el metabolismo de azúcares, grasas y proteínas.

Diabetes tipo 2. El tipo de diabetes en que hay capacidad residual de secreción de insulina, pero sus niveles no son suficientes para utilizar el azúcar circulante, por lo que ésta no puede ser metabolizada y aumentan sus niveles en sangre.

Educación para la salud. Proceso de Enseñanza-Aprendizaje que permite mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes con el propósito de inducir comportamientos para cuidar la salud individual y colectiva.

Elección saludable. Es la elección que realizan los individuos y/o las comunidades entre las alternativas a su alcance para fomentar la salud. Las cuales inevitablemente están delimitadas por el entorno global.

Enfermedad crónico-degenerativa. Se trata de enfermedades de larga evolución con remisiones y recaídas que no avanzan a la curación, sino a la degeneración y daño a órganos blanco. Producidas por factores complejos en los que interviene una multicausalidad. Interponiendo factores psíquicos, sociales, químicos, físicos, de nivel molecular, y de comportamiento.

Entidad nosológica. Nomenclatura y clasificación de una enfermedad.

Entorno global. En promoción a la salud, todos aquellos aspectos identificables del entorno físico, social y económico que pueden influenciar el estado de salud de una persona o de grupos colectivos.

Estilo de vida. Se utiliza para designar la manera general de vivir basada en la interacción entre las condiciones de vida en su sentido más amplio y las pautas individuales de conducta determinadas por factores socioculturales y características de personalidad.

Estrés. El proceso por el cual los individuos identifican, manifiestan sus problemas, reaccionan frente a ellos e intentan resolverlos. Es situacional y se configura en base a las exigencias que se le plantean a una persona, el apoyo y los recursos disponibles para afrontar problemas y las limitaciones impuestas para hacerles frente.

Factor de Riesgo. El atributo o exposición de una persona, una población o el medio que están asociados a la probabilidad de ocurrencia de un evento.

Glucemia. Nivel de azúcar en sangre.

Grupo de autoayuda o de ayuda mutua. Estructuras voluntarias de pequeños grupos cuya finalidad consiste en fomentar la ayuda mutua para una meta común.

Grupo de riesgo. En el ámbito de la prevención de la enfermedad, grupo de personas que en virtud de su condición biológica, social o económica; de su conducta y ambiente, son más susceptibles a determinadas enfermedades o al desarrollo de un estado de salud deficiente con respecto al resto de la población.

Hipertensión arterial. La elevación sostenida de la presión arterial mayor o igual a 140 mm de Hg. (sistólica) y 90 mm de Hg. (diastólica).

Incidencia. Medida epidemiológica que indica la frecuencia de aparición de hechos nuevos, o incidentes.

Indicadores de salud. Variables susceptibles de medición directa, que proporcionan una medida de uno o más espectros del nivel de salud de una comunidad o población determinada.

Investigación sobre evaluación de programas. Describe una amplia gama de actividades de evaluación que se utilizan para perfilar, dirigir y modificar programas establecidos, particularmente programas de intervención durante su ejecución.

Medicalización. El proceso que trata las funciones corporales o las cuestiones sociales como problemas que requieren de una solución médica utilizando los recursos científicos y tecnológicos de la medicina de manera dependiente.

Modificación de la conducta. Proceso por el cual la conducta o las respuestas del individuo se acomodan a un resultado predeterminado mediante esfuerzos positivos o negativos de la conducta o a través de la manipulación del entorno.

Nefropatía. Daño del riñón, predominantemente glomerular que es la célula básica renal.

Neuropatía. Afectación a los nervios sensitivos y motores voluntarios, que puede corresponder a un daño difuso (polineuropatía), o localizado a un nervio (mononeuropatía).

Nueva Salud Pública. Hace referencia a una preocupación pública y profesional del entorno global sobre la salud.

Política social. Decisiones, utilización de recursos y medidas de planificación gubernamental en el sector social que suele incluir por ejemplo, los servicios sociales, la seguridad social, el sector de la salud, la vivienda y la educación.

Prevalencia. Medida epidemiológica que indican los hechos o eventos que permanecen o prevalecen.

Prevención de la enfermedad. Se refiere a las estrategias para reducir los factores de riesgo de enfermedades específicas, o para reforzar factores personales que disminuyen la susceptibilidad a la enfermedad. Aunque incluye también actividades o estrategias encaminadas a reducir las consecuencias de la enfermedad sobre el organismo una vez establecida y a rehabilitar lo más posible el funcionamiento adecuado del mismo una vez presentado el daño. De ahí que se haga una distinción entre prevención primaria, secundaria y terciaria.

Primer nivel de atención. Unidades de primer contacto del paciente con los servicios de salud, que llevan a cabo las acciones dirigidas al cuidado del individuo, la familia, la comunidad y su ambiente. Sus servicios están enfocados a la promoción de la salud, a la detección y el tratamiento temprano de las enfermedades.

Polidipsia. Sed excesiva.

Polifagia. Hambre excesiva.

Poliuria. Orinar con frecuencia.

Profesional de la salud. Se refiere al personal empleado en servicios organizados de cuidados dirigidos a la salud, que cuenta con conocimientos especializados y técnicas adquiridas mediante el aprendizaje y formación de carácter teórico-empírico.

Programa de intervención. Es la actuación planificada dirigida por lo general a un grupo específico o población determinados en situación de riesgo debido a un desastre, desorden o enfermedad identificables con miras a reducir el nivel de riesgo existente y prevenir el establecimiento de daños.

Promoción de la salud. Proceso que permite fortalecer los conocimientos, aptitudes y actitudes de las personas para participar corresponsablemente en el cuidado de su salud y para optar por estilos de vida saludables, facilitando el logro y la conservación de un adecuado estado de salud individual y colectiva mediante actividades de participación social, comunicación educativa y educación para la salud.

Retinopatía. Cuando en la retina existe daño a los vasos pequeños incluyendo los capilares, llegando a producir cambios anatómicos, que pueden conducir a la ceguera.

Redes de apoyo social. El número y tipo de relaciones y vínculos sociales existentes entre las personas que pueden facilitar el acceso y movilización del apoyo social a favor de la salud.

Sentires. La interpretación que la persona hace de sus experiencias en salud y de sus estados precarios de salud en el contexto de la vida diaria. Esta reflexión se basa por lo general en la información y conocimientos disponibles, en las afecciones físicas y emocionales padecidas, en las experiencias previas y en los significados simbólicos culturales y sociales por los cuáles se explica su propio mundo.

Servicios sanitarios. Sistema organizado formalmente y compuesto por instituciones y organismos establecidos cuyo objetivo múltiple es hacer frente a las diversas necesidades y demandas sanitarias de la población.

Sucesos o acontecimientos vitales. Aquellos cambios sociales significativos que pueden experimentar los individuos en su vida diaria. Estos originan por lo regular estrés negativo, pero pueden conducir a resultados positivos también en términos de promoción y protección de la salud.

Toma de decisiones. Capacidades de los individuos y/o comunidades para definir y discriminar mediante los cuales pueden elegir entre una serie de opciones disponibles.

Anexos.

Guía de entrevista para explorar estrategias de atención dirigidas a la HTA y la DM2 en el primer nivel de atención.

¿Cuál es la visión del IMSS acerca de la HTA y de la DM2 como problemas actuales de salud pública?

¿Cómo se explica la tendencia epidemiológica de estas enfermedades?

¿Cuál es la estrategia elaborada por el IMSS para enfrentar este problema?

¿Cuáles son las bases conceptuales de la estrategia?

¿En qué consisten los programas de atención para HTA y DM2 en el primer nivel?

¿Qué objetivos tienen al atender tal problemática en el primer nivel?

¿Cuáles son los lineamientos operativos de la estrategia?

¿Cuáles serían sus fundamentos teóricos y empíricos?

¿Bajo qué mecanismos se ejecutan los programas?

¿Cuáles son las metas a lograr?

¿Con que recursos cuentan los programas?

¿Cuáles son sus criterios de evaluación?

¿Sobre quién recae la evaluación?

¿Cuáles son los mecanismos para la validación de su desempeño?

Guía de entrevista para el servicio de nutrición y de trabajo social en las UMF del IMSS.

Aproximadamente ¿A cuantos diabéticos atiende por día?

Aproximadamente ¿A cuantos hipertensos atiende por día?

¿A cuántos de ellos los cita por segunda o tercera ocasión?

Aproximadamente ¿Qué porcentaje de los citados acude nuevamente?

¿Qué porcentaje de los pacientes modifican sus regímenes?

¿Cuáles son los criterios utilizados para valorar esta modificación?

¿Cuáles son los principales obstáculos o problemas con los que Ud. Se encuentra durante la atención a un paciente diabético?

¿Cuáles son los principales obstáculos o problemas con los que Ud. Se encuentra durante la atención a un paciente hipertenso?

¿Existe algún programa dirigido a la atención del diabético e hipertenso en su servicio?

Si su respuesta es afirmativa ¿Qué opina de él?

En términos generales ¿Cuál es su impresión sobre el apoyo del servicio de nutrición a los diabéticos e hipertensos?

¿Cuál es su impresión sobre el apoyo del servicio de trabajo social a los diabéticos e hipertensos?

Listas libres para explorar los Modelos Explicativos sobre la HTA y la DM2 en pacientes que acuden al servicio de consulta externa de las UMF del IMSS y médicos que los atienden.

Mencione todas aquellas cosas que Ud. Sepa pueden provocar diabetes en una persona

Mencione todos los síntomas que puede presentar una persona con diabetes. Es decir lo que siente una persona con esta enfermedad.

Mencione todo lo que Ud. Conozca como tratamiento para la diabetes.

Mencione todas las complicaciones que puede tener una persona que es diabética.

Mencione todas aquellas cosas que Ud. Sepa pueden provocar hipertensión en una persona

Mencione todos los síntomas que puede presentar una persona con hipertensión. Es decir lo que siente una persona con esta enfermedad.

Mencione todo lo que Ud. Conozca como tratamiento para la hipertensión.

Mencione todas las complicaciones que puede tener una persona que es hipertensa.

Bibliografía.

- Aguirre Beltrán G. 1955. *Programas de salud en la situación intercultural*. Instituto Indigenista Interamericano, México.
- Aisenson A. 1981. *Cuerpo y persona. Filosofía y psicología del cuerpo vivido*. FCE, México.
- Alcozer F. 2000. "Secondary Analysis of perceptions and meanings of type 2 diabetes among mexican american women". *The diabetes educator*. Vol. 26:5 785-793.
- Álvarez J., A. de la Osa 2002. *Apuntes sobre salud y ciencia en Cuba*. CIREN Cuba.
- Almeida F. 2000. *La ciencia tímida*. Lugar editorial, Buenos Aires.
- _____. 2001. "For a general Theory of Health: Preliminary Epistemological and Anthropological Notes". *Ead. Saude Pública*. 17 (14) 213-70. Río de Janeiro.
- Appadurai A. 2001. *La modernidad desbordada. Dimensiones culturales de la globalización*. FCE y Ed. Trilce, México.
- Banco Mundial 1993. *Informe sobre el desarrollo mundial. Invertir en salud*. Washington D. C.
- _____. 2000.....
- Bales R. 1960. *Interactional process analysis*. Cambridge, Addison Wesley.
- Barth F. et. al. 1976. *Los grupos étnicos y sus fronteras*. FCE México.
- Beck U. 1998. *World Risk Society*. Cambridge, Molden Polity Press.
- _____. 2000. "Vivir nuestra propia vida en un mundo desbocado: Individuación, globalización y política". En: Giddens A. y W. Hutton (eds). *En el límite, la vida en el capitalismo global*. Tusquets, España.
- Becker M. 1974. "The Health Belief Model and Sick Role Behaviour". *Health Education Monograph*. 7 (2) 409-419
- Benedict Ruth 1927. "The Concept of the guardian spirit in North America". *Memories of the American Anthropological Association*. 29 1-97.
- Berger P., T. Luckmann. 1986. *La construcción social de la Realidad*. Amorrortu, Buenos Aires.
- Berkman L 1996. "The Role of Social Relations in Health Promotions". *Pshycosomatic Medicine*. Harvard.
- Bernstein R. 1976. *The restructuring of Social and Political Theory*. University Press, Pennsylvania, Phyladelphia.
- Bertakis K., E. Callahan. 1992. "A comparison of initial and established patient encounters using the Davis Observation Code". *J. Med. Fam*. 24: 307-311.
- _____. 1991. D. Roter, S. Putnam. "The Relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. *J. Fam. Pract*. 32:175-81.
- Bledsoe E., Goubaud. 1985. "The reinterpretation of western pharmaceutical almond the Mende of Sierra Leone". *Social Science and Medicine*. 21 (3) 275-82.
- Boltvinik J. 1995. *Pobreza y estratificación social en México*. COLMEX, INEGI, HS, UNAM, México.
- Bourdieu P. 1990. *The logic of practice*. Oxford, Basil Balckwell.
- Brehil J. 2003. *Epidemiología crítica, ciencia emancipadora e interculturalidad*. Lugar editorial, Buenos Aires.
- Bridges M., M. Sheier. 1995. "Persons, Variables and Health". *Pshycosomatic*

- Medicine*. Harvard 57:225-268.
- Brodershon 1992.....
- Brown S., Upchurch S., García de Alba, et. al. 1998. "Symptom-related, self-care of Mexican American with type 2 diabetes: preliminary findings of the Starr county Diabetes Education Study". *The diabetes educator*. 46:1 331-339.
- Buen N. 1996. "Principios de la Seguridad Social Mexicana". En: Mussot L.M. (coord.) *Alternativas de Reforma de la Seguridad Social*. UAM-Fundación Ebert. México.
- Bury M. 1991. "The Sociology of Chronic Illness: a review of research and prospects". *Sociology of health and Illness*. 13 (4), 451-68.
- Callon M. 1986. "Some elements of a sociology of translation: Domestication of the Scallops and the Fishermen of St. Brieuc Bay". Law J. ed. *Power Action and Belief: A New Sociology of Knowledge*. Routledge-Keagan P. Londres-Henley.
- Caplan A., H. Tristan. *Concepts of Health and Disease. Interdisciplinary Perspectives*. Reading M A, Cambridge, Addison Wesley.
- Carta de Ottawa para la promoción de la salud, 1986. *Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la salud*. Ottawa, Canada.
- Castells M. 1996. *La era de la información*. Tomos I y II. Siglo XXI. México.
- Clifford J. 1991. "Sobre la autoridad etnográfica". En: C. Reynoso (comp.) *El surgimiento de la antropología posmoderna*. GEDISA, México.
- Christian B., K. Davis. *Gaining Freedom: Self-responsibility in adolescents with diabetes*. Harvard Heart Letter. University of North Carolina.
- Cockerham W. 1982. *Medical Sociology*. Prentice Hall, New Jersey.
- _____ 2000. "The Sociology of Health Behavior and Health Lifestyles". In: Bird C. and Fremon T. *Handboock of medical sociology*. Prentice Hall, New Jersey.
- Cohen M. 1994. "Explanatory Models of Diabetes: Patient Practitioner Variation". *Social Science and Medicine*. 38:59-56.
- Collado 1978. *¿Atención médica rural ú organización rural para la salud?* SSA, México.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. 1988. Talleres gráficos de La Nación. México.
- Corella J. *La gestión de servicios de salud*. Ed. Diaz de Santos, Madrid.
- Coreil J., J.Levin, E. Jaco. 1985. "Life-style an emergent concept in the Socio medical Sciences". *Cultural Medical Psichiatry*. 9, 423-437.
- Deming W. E. 1982. *Quality Productivity and Competitive Position*. MIT Press, Massachussets.
- Dewey J. 1935. *Human nature and conduct*. Holt, New York.
- Diario Oficial. 1996. *Ley de los sistemas de ahorro para el retiro y adiciones a las Leyes Generales de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, para regular las agrupaciones financieras, de instituciones de crédito, del mercado de valores y federal de protección al consumidor*. México 23 de mayo.
- Díaz Cruz R. 1993. "Experiencias de la identidad." En: *Revista Internacional de Filosofía Política*. No.2:63-74. Madrid.
- Douglas M. 1976. *How Institutions Think*. Syracuse University Press.
- _____ 1983. A. Wildavsky. *Risk and Culture*. Berkeley. University of California Press.
- Dressler W. 1991. *Social support lifestyle-incongruity and arterial blood pressure in a Southern Black Community*. Albany State University of New York Press.

- Dubos R. 1975. *El espejismo de la salud*. FCE, México.
- Durkheim E. 1950. *The rules of sociological method*. The Free Press, New York.
- _____ 1951. *Suicide*. The Free Press, New York.
- Dunleavy P., B. O'Leary. 1987. *Theories of the State*. MC Millan, Londres.
- Eisenberg L., A. Kleinman. 1981. *The Relevance of Social Science for Medicine*. Reidel, Dodrecht, Holanda.
- Emerson R., R. Fretz, L. Shaw. *Writing ethnographic fieldnotes*. The University Chicago Press. Chicago, London.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT)*, 2006. INSP-SS. México.
- Esping-Andersen G. 1990. *Politics Against Markets*. Princenton, University Press.
- Estroff S. 1993. "Identity, Disability and Schizophrenia: The problem of chronicity". En: Shirley L. and M. Lock. *Knowledge, Power, and Practice. The Anthropology of Medicine and everyday life*. University of California Press.
- Etkin N. 1988. "Cultural constructions of efficacy. En: Van der Geest S. and S. Reynolds. *The context of medicines in developing countries. Studies in Pharmaceutical Anthropology*. Het Spinhuis Publisher. Ámsterdam.
- Evans-Pritchard E. 1937. *Witchcraft, oracles and magic among the Azande*. Oxford, University Press.
- Fajardo H. 2000. *Comer y dar de comer a los dioses. Conocimiento, el costumbre y la nutrición en la sierra huichola, México*. Wageningen Universiteit, Holanda.
- Feyerabend P. 1985. *¿Como defender a la sociedad frente a la ciencia?* Producciones científicas. FCE México.
- _____ 1993. *Tratado contra el método. Esquema de una teoría anarquista del conocimiento*. Red Editorial Iberoamericana. México
- Fitzpatrick R. et. al. 1990. *La enfermedad como experiencia*. FCE. México.
- Foucault M. 1966. *El Nacimiento de la Clínica. Una arqueología de la mirada médica. Siglo XXI Ed. México*,
- _____ 1970. *La arqueología del saber*. 1970. Siglo XXI Ed.
- _____ 1976. *Vigilar y Castigar*. Siglo XXI. Ed. México.
- _____ 1992. *La microfísica del poder*. Ed. La Piqueta, México.
- Francis V. D. Korsch. 1969. "Gaps in doctor-patient Communication: Patients? response to medical advice". *N. England J Med*. 280:535-40
- Frenk J, Bobadilla JL, Stern C, Frejka T, Lozano R. 1991. "Elements for a Theory of the health transition". *Health Trans. Rev*. 1:21-38.
- _____ 1989. J. Bobadilla, J. Sepúlveda, M. Lopez Cervantes. "Health transition. In middle-income countries: New challenges for health care". *Health Policy Plan*. 4: 29-39.
- _____ 2005. *Informe estadístico sobre Diabetes mellitus*. Congreso Nacional de la Federación Mexicana de Diabetes. México.
- Frederiksen H. 1969. "Feedbacks in economic and demographic transition". *Science*. 166:837-847.
- Fuentes M. 1998. *La asistencia social en México*. Ed. El milenio, México.
- Gaines A. 1979. "Definitions and Diagnosis: Cultural Implications of Psychiatry

- help seeking and Psychiatrists' Definitions of the Situation in Psychiatric Emergencies". *Culture, Medicine and Psychiatry*. 3-4:381-418.
- García de Alba J. et. al. 1999. "Latino Beliefs about Diabetes". *Diabetes Care* 5:722-728.
- _____. 1999. R. D. Baer, S. Weller, L. Pachter, et. al. "Cross-Cultural Perspectives on the Common Cold Data from Five Populations". *Human Organization*. 58:251-260.
- _____. 1992. A. Salcedo. "La transición epidemiológica, o ¿hacia una justicia sanitaria sin opciones?". *Rev. U de G. México*.
- García J. 1981. "La Medicina Estatal en América Latina". *Revista Latinoamericana de la Salud*, Costa Rica, 1:1-51.
- Garro L. 1988. "Explaining High Blood Pressure; Variation in Knowledge about Illness". *American Ethnologist*. 15:98-119.
- Gavin R., Alberti K., David M., De Fronzo R. et. al. 2000. "Report of the expert committee on the diagnosis and classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes care*. 23 (suol. 1): 4-19
- George V., P. Wilding. 1994. *Welfare and Ideology*. London, Harvester Wheatsheaf.
- Gerhardt U. 1966. "Illnes and Symbolic Interaccionism". *Medic Anthropology Rev.* London, 2 (4):15-26
- Giddens A. 1979. *Central Problems in Social Theory*. Mc Millan, London.
- _____. 1987. *Nuevas Reglas del Método sociológico. Crítica positiva de las Sociologías comprensivas*. Amorrortu Ed. Buenos Aires
- _____. 1991. *Renaway World: How Globalization Reshaping our Lives*. Cambridge M A, University Press.
- _____. 1995. *Modernidad e Identidad del Yo*. Barcelona. Ed. Península .
- _____. 2000. W. Hutton. *En el límite, la vida en el capitalismo global*. Tusquets, España.
- Giménez G. 1993. "Cambios de Identidad y cambios de profesión religiosa". En: Guillermo Bonfil Batalla (comp.) *Nuevas identidades culturales en México*. CONACULTA México.
- _____. 1995. "Modernización, cultura e identidad social" En: *Espiral, estudios sobre Estado y Sociedad*. Vol 1 No. 2:35-58. U de G. Guadalajara.
- Goffman I. 1961. *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires, Ed. Amorrortu.
- _____. 1968. *Estigma. La identidad deteriorada*. Amorrortu, Buenos Aires.
- _____. 1980. *La Presentación de la Persona en la Vida Cotidiana*. Amorrortu. Buenos Aires.
- _____. 1991. *Los momentos y sus hombres*. Paidós, Comunicación, Barcelona.
- Good B. 1994. *Medicine, Rationality and experience. An anthropological perspective*. Cambridge University Press.
- _____. 1981. M.J. Good. "the Meaning of Symptoms: A Cultural Hermeneutic Model for Clinical Practice". En L. Eisenberg y A. Kleinman (comps.) *The Relevance of Social Science for Medicine*. Reidel, Dodrecht, Holanda.
- Haroway D. 1993. "The biopolitics of post modern bodies". En: Lindenbaum S. y M. Lock. *The anthropology of medicine and everyday life*. University of California Press. Berkeley, Los Angeles, London.

- Hatch S. I. Kikbusch. 1983. *self-help and health in Europe*. WHO, Regional office for Europe. Copenhagen.
- Helman C. 1990. *Culture, Health and Illness*. Wright London.
- Heller A. 1985. *Sociología de la vida Cotidiana*. Barcelona. Ed. Península.
- Herzlich C. 1973. *Health and Illness*. Academic Press, London.
- Hirsch J. 2001. *El Estado Nacional de competencia. Estado democracia y política en el capitalismo global*. México. UAM-X.
- Hobsbawn E. 1996. "La política de la identidad y la izquierda". En: *Nexos*. No. 24. México.
- Hunt L. M. Valenzuela, J. Pugh. 1998. "¿Porqué me tocó a mí? Mexican American diabetes patients' casual stories and their relationship to treatment behaviors". *Social Science and Medicine*. 46:959-969.
- _____. 1998. J. Pugh, M. Valenzuela. "How Patients Adapt Diabetes Self-care Recommendations in Everyday Life". *The Journal of Family Practice*. 3:207215.
- _____. 2001. Nedal H. "An analytical framework for contrasting Patient and Provider view of the process of chronic disease management". *Medical Anthropology Quarterly*. 15-3:347-368.
- Ilich I. 1975. *Némesis Médica. La exploración de la salud*. FCE México.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. 1995. *Diagnóstico y presentación. Lineamientos para la elaboración de Instrumentos Normativos*. México.
- _____. 1995. *Proyecto Unidad Amiga de la Familia*. Programa de Atención al Adulto Mayor. México.
- _____. 1996. *Nueva Ley del Seguro Social. El Seguro se Fortalece para ser más Seguro*. México, IMSS.
- _____. 1997. *Programa de trabajo de la Reunión Nacional de delegados del IMSS*. Subdirección Gral. De delegaciones.
- _____. 2001. *Estrategias de los Programas Integrados de Salud*. Dirección de Prestaciones Médicas. México.
- _____. 2003. *Guías para el cuidado de la salud. Niños, adolescentes, hombres y mujeres de 20 a 59 años, adultos mayores*. México.
- _____. 2005. *Estrategia de grupos de autoayuda en pacientes obesos/sobrepeso, hipertensos y diabéticos*.
- Inui T. W. Carter. 1985. "Problems and Prospects for Health Services research on provider-patient communication". *Med. Care*. 23:521-38.
- Jinich 1992. *El paciente y su médico*. FCE-UNAM. México.
- Juran J. M. 1997. *Análisis y Planeación de la Calidad*. México, Mc Graw Hill.
- Katz A., E. Bender. 1976. *The Strength in US: Self helps groups in the modern world*. Franklin Watts, New York.
- Khon R., K. White. 1976. *Health care, An International Study*. Oxford, University Press.
- Kikbusch I. 1989. "The self-management in the health promotion". *Social Science and Medicine*. Oxford, 29(2): 125-130.
- _____. 1996. "Promoción de la salud una perspectiva mundial". En: *Promoción De la salud una antología*. OPS, Washington D.C.
- Kleinman A. 1973. "Toward a comparative study of Medical System". *Science, Medicine and Man*. 1:55-65.
- _____. 1973. "Medicine's Symbolic Reality: On the Central Problem in the Philosophy of

- Medicine". *Inquiry*, 16:206-213.
- _____. 1974. "Cognitive Structures of Traditional Medical Systems". *Ethnomedicine* 3:27-49.
- _____. 1978. Leon E. and Good B. "Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-cultural Research". *Annals of Internal Medicine*, 88:251-258.
- _____. 1979 Jung S. "Why do Indigenous Practitioners successfully heal. *Social Science and Medicine*. 13-B:7-26.
- _____. 1980. *Patients of Healers in the Context of Culture*. University Of California. Berkeley.
- _____. 1988. *The Illness Narratives: Sufering, Healing, and The Human Condition*. New York, Basic Books.
- Klein S. 1980. "Class, Culture and Health". Jhon M. Comp. *Public Health and preventive Medicine*. New York. Maxy-Rosenau.
- Kliskberg B. 1997. "Cómo Modernizar el Estado para el Desarrollo Social". En: Kliskberg (comp.) *Pobreza, un tema Impostergable. Nuevas Respuestas a Nivel Mundial*. FCE-PNUD. Caracas.
- Kosa J. I. Zola. 1975. *Poverty and health. A Sociological Analysis*. Harvard. University Press. Cambridge.
- Kroeber A. 1940. "Psychotics factors in Shamanism" in: *Character and personality*. Oxford. UP. 8, 204-215.
- Kroeger A., R. Luna. 1987. *Atención primaria de salud. Principios y métodos*. OPS, DSE, Ed. Pax. México.
- Kretschmer R. 2000. "La medicina Institucional en México". En H. Aréchiga y L. Benítez. *Un Siglo de ciencias de la salud en México*. FCE. Mex.
- Kumate. 1994. "Balance Sectorial de Salud. Cinco años de Gobierno". En: Warman A. comp. *La política social en México, 1989-1994*. México. FCE.
- Kuper A. 2001. *Cultura la versión de los antropólogos*. Paidós España.
- Lalonde M. 1974. A new Perspective on the Health of Canadians. *Office for the Canadian Minister of National Health and Welfare*. Ottawa.
- Laurell A. 1997. *La Reforma Contra la Salud y la Seguridad Social. Una mirada crítica y una propuesta alternativa*. Ed. Era México.
- _____. 1976. "Medicina, Economía y Política". *Revista de Ciencias Políticas y Sociales*. México. Año XXII:84-93.
- Leal G. 2000. *Agenda y diseño de la reforma mexicana de la salud y la seguridad social*. UAM-X. México.
- Lefebre H. 1971. *Everyday Life in the Modern World*. Academic Press London.
- Levy S. 1994. "La Pobreza en México". En: Vélez F. (comp.) *La Pobreza en México, Causas y Políticas para combatirla*. México. FCE-ITAM.
- _____. 2002. *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social*. IMSS documento interno.
- Lindenbaum S., M. Lock. 1993. *Knowledge, power and practice. The Anthropology of medicine and everyday life*. University of California Press. Berkeley, Los Angeles, London.

- Lock M. 1982. "Models and Practice in Medicine: Menopause as Syndrome or Life Transition". *Culture, Medicine and Psychiatry*. 6-3:261-280
- Long N. 1992. *Battles of Knowledge: The interlocking of theory and Practice in Social Research and Development*. Routledge, Londres.
- Lourau R. 1994. *El análisis institucional*. Amorrortu ed. Buenos Aires.
- Luque E. 1985. *Del conocimiento antropológico*. CIS-Siglo XXI de España. Madrid.
- Malagón L., M. Galán, L. Pontón. 1999. *Garantía de Calidad en Salud*. Bogotá, Ed. Médica Panamericana.
- Marcus G., M. Fisher. 1986. *Anthropology as Cultural Critique: An Experimental moment in the Human Sciences*. Chicago, University of Chicago Press.
- McKinlay J. 1986. "A case for Refocusing Upstream: The Political Economy of Illness". In P. Conrad and R. Kern (eds.), *The Sociology of health and Illness: Critical Perspectives*. New York, Sn. Martin's Press.
- Mc Keown T. 1976. *The Modern Rise of Population*. Londres, Edward Arnold.
- Mead G. H. 1971. "La mente, el yo y la sociedad". En: Salznick P. y Broon L. *Sociología, un texto con lecturas adaptadas*. Cía. Editorial Continental. México.
- Mechanic D. 2001. "Lessons from the unexpected: The importance of data infrastructure, conceptual models, and serendipity health services research". *The milbank Quarterly*. 82: 213-27 New York.
- Melucci A. 1982 "Sobre la identidad". En: *L' Invenzione del presente. Movimeni, identità, bisogni individual*. Bologna II Mulino 61-72. (Traducción de Gilberto Jiménez).
- _____. 1996. *Challenging Codes. The process of collective identity*. Cambridge, Unversity Press.
- Menéndez, E. 1990. Antropología médica: orientaciones, desigualdades y transacciones. Ed. de la Casa Chata (22) México.
- _____. 1981. *Poder, Estratificación y Salud. Análisis de las condiciones Sociales y económicas de la enfermedad en Yucatán*. Cuadernos de la Casa Chata No.13, México.
- Mercado F. 2002. *Entre el infierno y la gloria. La experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano*. U de G, México.
- Milio N. 1986. *Promoting health trough public policy*. Canadian Public Health Association, Ottawa.
- Morgan L. 1987. "Dependency Theory in the Political Economy of Health. An Anthropological Critique". *Medical Anthropology Quarterly*, 1:131-155.
- Morsy S. 1990. "Political Economy in Medical Anthropology". In Thomas M. J. And Carolyn F. Sargent (eds.), *Medical Anthropology: A Handboock of Theory and Method*, Chicago, University Press.
- Navarro V. 1989. "Why Some Countries have National Health Insurance, Others Have National Health Services and the US has Neither". *Social Science and Medicine*, 28:887-898.
- Norma Oficial Mexicana para Diabetes Mellitus* 2002. Diario Oficial de la Federación.
- Norma Oficial Mexicana para Hipertensión Arterial*. 2002. Diario Oficial de la Federación.
- Olshansky S., B. Ault 1986. "The fourth stage of the epidemiologic transition: The age of delayed degenerative diseases". *The Milbank Quarterly* 64:355-391.

- Omran A. 1971. "The Epidemiologic Transition". *The Milbank Quarterly* 49:509-538
- OMS. 1978. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en salud. *Estrategias Regionales para todos en el año 2000* Alma Ata URSS.
- _____. 1985. *Targets for health for all*. Regional office for Europe Copenhagen.
- _____. 1997. Declaración de Yakarta.
- O'Neill M. 1984. "La Modificación de los Comportamientos Relativos a la Salud". En: Piedrola G. et. al. *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Barcelona. Masson.
- Oviedo M. Larrañaga, F. Reyes M. et. al. 2000. *Guía clínica para el diagnóstico y el manejo de la diabetes mellitus tipo 2. Curso de actualización para médicos familiares*. IMSS, México.
- Paganini J., R. Capote. 1990 *Los Sistemas Locales de Salud. Conceptos, Métodos, experiencias*. Washington D. C. OPS.
- Pendlethron D., J. Hasler. 1983. *Doctor-patient communication*. London, Academic Press
- Pierson C. 1991. *Beyond the Welfare State?* Cambridge Polity Press.
- Pineault R., Daveluy C. 1995. *La Planificación Sanitaria, Conceptos, Métodos, Estrategias*. Barcelona, Ed. Masson
- Piedrola G. et. al. 1991. *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Ed. Masson, Barcelona.
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)*, 2000. ONU, Ginebra.
- Ralph M., M. Lynette, A. Keith. 1993. *Health and Cultures. Exploring the Relationships. Tomo II*. London, Mosaic Press.
- Rodriguez Z. 1993. *Alfred Schutz, hacia la fundamentación de una sociología del mundo de la vida*. U de G, México.
- Rosaldo R. 1991. *Cultura y verdad. Nueva propuesta de análisis social*. CONACULTA-Grijalbo, México.
- Rosen G. 1984. *De la Policía médica a la medicina social*. Siglo XXI, México.
- Rosenstock I. 1974. *Historical Origins of the Health Belief Model. The milbank Quarterly*. New York.
- _____. 1998. "Adoption and maintenance of lifestyle modifications". *American journal rev. med.* 4:349-352.
- Roter D. 1977. "Patient Participation in the patient-provider interaction: the effects of patient Question asking on the Quality of Interaction Satisfactions and Compliance". *Health Educ. Monograph* 5:281-315.
- Rothman K. 1987. *Epidemiología Moderna*. Madrid. Ed. Díaz de Santos.
- Sahlins M. 1978. *Culture and Practical Reason*. Chicago. University of Chicago Press.
- Saramago J. 1998. *Ensayos sobre la ceguera*. Alfaguara, México.
- Schutz A. 1974. *Estudios sobre teoría social*. Buenos Aires Amorrortu Ed.
- _____. 1993. *La Construcción Significativa del Mundo Social*. Barcelona. Paidós.
- _____. 1973. T. Luckman. *Las Estructuras del Mundo de la vida*. Buenos Aires Amorrortu.
- Sen A. 1982. *Choice, Walfare and Measurement*. Oxford. MIT-Blackwell Press

- Sigerist 1990. *Hitos en la historia de la salud pública*. Mex. Siglo XXI.
- Sistema Nacional de Salud: 2000. *Boletín de información Estadística No. 19*, México.
- _____ 2001. *Boletín de información epidemiológica semana 52*, México,
- Sontang S. 1996. *La Enfermedad y sus metáforas y el Sida y sus metáforas*. Santillana, Taurus, Madrid.
- Storper M., R. Salais. 1997. *Worlds of production. The action frameworks of the economy*. Cambridge, London, Harvard University Press.
- Strowig S. 1982. "Patient Education: A Model for Autonomous Decision-Making and Deliberate Action Diabetes Self-Management". *Medical Clinics of North America*. 66:1293-1307.
- Suros J. 1953. *Semiología Médica y Técnica Exploratoria*. Barcelona Salvat.
- Tate P. 1983. "Doctor's Style". In: Pendleton D. y J. Hasler (eds.) *Doctor-patient Communication*. London, Academic Press. 75-85.
- Testa M. et. al. 1993. *Problemas Sociales y Cuestión Nacional (el dilema de la asignación)*. Pensar en Salud. Buenos Aires.
- Terris M. 1996. "Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud Pública". En: Promoción de la salud una antología. OPS, Washington D.C.
- Thompson G. 2001. Statistics in Diabetes mellitus and at the National Institutes of Health (NIH). Christian BJ, D'Auria JP, Fox LC.
- Torres G. 1997. *La fuerza de la ironía*. CIESAS, México.
- _____ 1998. "La autoridad del investigador en la construcción social del conocimiento". En J. Aréchiga et. al. (eds.) *Antropología e interdisciplina*. HA-UNAM, CIESAS, SMA. México.
- Touraine A. 1992. *Crítica de la modernidad*. FCE. México.
- Turner B. 1992. *Regulating bodies. Essay in medical sociology*. Routledge, London, New York.
- Turner R. 1968. "The self conception in social interaction". In: Gordon C. y K. Gergen (eds.) *The self in social interaction*. Wiley and Soms Inc. New York,
- Turner V., E. Brunner. 1986. *The Anthropology of Experience*. University of Illinois Press, Chicago.
- Van der Geest S. and S. Reynolds. 1988. *The context of medicines in developing countries. Studies in Pharmaceutical Anthropology*. Het Spinhuis Publisher. Amsterdam.
- _____ 1982. "The efficiency or inefficiency medicine distribution in South Cameroon". *Social Science and Medicine* 16 (24): 2145-53
- Vega F. 2000. *La salud en el contexto de la nueva salud pública*. El Manual Moderno, México. Velho G.
1987. *Individualismo e cultura. Notas para uma antropología da Sociedade Contemporânea*. Jorge Zahar editor, Río de Janeiro.
- Villarreal E., M. Garza, G. Nuñez, M. Salomón, H. Gallegos. 2002. "Gasto de la atención de la hipertensión y su impacto en el presupuesto destinado a la Salud en México". *Salud Pública de México*. 44:7-13.
- Villarreal M. 2000. "La reinención de las mujeres y el poder en los procesos de desarrollo rural planeado". *La ventana*. U de G, México.
- Villoro L. 2000. *Creer, saber, conocer*. Siglo XXI. México.

- Waterman. B, H. Waitzkin.1974. *The Exploitation of illness in Capitalist Society*. Indianapolis. Bobbs-Merrill.
- Waitzkin H. 2000. *The second sickness. Contradictions of capitalist health care*. Rowman and Littlefield Publishers, Inc. Oxford.
- Weber M. 1978. *Ensayos sobre metodología sociológica*. Amorrortu Ed. Buenos Aires.
- Wildausky A. 1977. *Doing better and feeling worse the political pathology and Health policy*. Norton, New York.
- White A. et. al. 1997. "The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC VI)". *Arch. Intern. Med.* 157:2413-2446.
- White, K., M. Handerson 1976. *Epidemiology as a fundamental Science: It's uses in Health Services Planning. Administration and Evaluation*. Oxford, University Press.
- Whittaker A., D. Broom. 2004. "Controlling diabetes, controlling diabetics: moral Language in the management of diabetes type 2". *Social Science and Medicine*. 58:2372-2382.
- Young A. 1983. "The relevance of traditional Medical Cultures to modern primary health care". *Social Science and Medicine*. 17:1205-1211.
- Zola I. 1972. "Medicine as an Institution of Social Control". *Sociological Review*. 20:487-504.

Índice de cuadros, tablas, mapas y esquemas.

Cuadro 1. Principales motivos de defunción en México y Jalisco (enero-diciembre 2003).....	37
Cuadro 2. Tasas de los principales motivos de atención médica de primera vez. México, (2000 y 2002).....	38
Cuadro 3. Porcentaje comparativo de defunciones generales y principales causas (1990-2003) ..	39
Cuadro 4. Mortalidad general, esperanza de vida y tasa de crecimiento poblacional. Comparativo, (México, 1950 - 2000).....	50
Cuadro 5. Principales indicadores demográficos México, 1970-2000.....	67
Cuadro 6. Población derechohabiente, asegurados, familiares y pensionados, IMSS, (1997-2000).....	72
Cuadro 7. Porcentaje de actividad económica, comparativo por UMF.	84
Cuadro 8. Porcentaje de escolaridad, comparativo por UMF.	84
Cuadro 9. Servicios, comparativo por UMF.	85
Cuadro 10. Grupos de edad adulta, comparativo por UMF.	87
Cuadro 11. Demanda de atención general UMF-A (2003).	88
Cuadro 12. Demanda de atención general, UMF-B (2003).	88
Cuadro 13. Demanda de atención, comparativo en hombres de 20-59 años.	88
Cuadro 14. Demanda de atención, comparativo de 20-59 años en mujeres.....	89
Cuadro 15. Demanda de atención, comparativo de 60 años y más.....	89
Cuadro 16. 10 Primeros motivos de defunción por sexo, todas las edades, UMF-A (2003).....	89
Cuadro 17. 10 Primeros motivos de defunción por sexo, todas las edades, UMF-B (2003).	90
Cuadro 18. 5 Primeros motivos de muerte en hombres y mujeres de 20 a 59 años en la UMF-A.	91
Cuadro 19. 5 Primeros motivos de muerte en hombres y mujeres de 20 a 59 años en la UMF-B.	91
Cuadro 20. 5 Primeros motivos de muerte en hombres y mujeres de 60 años y más, en la UMF-A.	91
Cuadro 21. 5 Primeros motivos de muerte en hombres y mujeres de 60 años y más, UMF-B.	92
Tabla 1. Modelo Semántico sobre causas de DM2 (PACIENTES).....	97
Tabla 2. Modelo Semántico sobre causas de DM2 (MÉDICOS).	97
Tabla 3. Modelo Semántico sobre síntomas de DM2 (PACIENTES).	99
Tabla 4. Modelo Semántico sobre síntomas de DM2 (MÉDICOS).....	100
Tabla 5. Modelo Semántico sobre tratamiento de DM2 (PACIENTES).	100
Tabla 6. Modelo Semántico sobre tratamiento de DM2 (MÉDICOS).....	101
Tabla 7. Modelo Semántico sobre complicaciones de DM2 (PACIENTES).	102
Tabla 8. Modelo Semántico sobre complicaciones de DM2 (MÉDICOS).....	102
Tabla 9. Modelo Semántico sobre causas de HTA (PACIENTES).	105
Tabla 10. Modelo Semántico sobre causas de HTA (MÉDICOS).....	106
Tabla 11. Modelo Semántico sobre síntomas de HTA (PACIENTES).	107
Tabla 12. Modelo Semántico sobre síntomas de HTA (MÉDICOS).	107
Tabla 13. Modelo Semántico sobre tratamiento de HTA (PACIENTES).	108
Tabla 14. Modelo Semántico sobre tratamiento de HTA (MÉDICOS).....	108
Tabla 15. Modelo Semántico sobre complicaciones de HTA (PACIENTES).....	109
Tabla 16. Modelo Semántico sobre complicaciones de HTA (MÉDICOS).	109

Gráfica 1. Tendencia de las 5 primeras causas de defunción, México 1990-2003.	40
Gráfica 2. Pirámide poblacional, México, 1959.....	69
Gráfica 3. Pirámide poblacional, México, 1995.....	69
Gráfica 4. Pirámide poblacional UMF-A.....	86
Gráfica 5. Pirámide poblacional UMF-B.	86
Mapa 1. UMF seleccionadas.	81
Esquema 1. Metodología.....	95