

## **Las amas de casa, la familia y la salud popular** **Alejandro Maguiña Larco**

*¿Qué sabe y que hace la familia popular frente a la enfermedad? La familia popular, en el campo de la salud, ¿necesita sólo ser instruida y socorrida, o es posible aprender algo de ella, obtener de ella fuerzas y recursos válidos para aliviar sus propios padecimientos?*

### **Preguntas**

¿Qué ocurre en un hogar popular limeño cuando uno de sus miembros se enferma? ¿Es capaz la familia de llegar a un diagnóstico del mal, y de ofrecer los cuidados requeridos sin necesitar ayuda externa? ¿En qué casos sí y en qué casos no? ¿Quién o quiénes en la familia participan preferentemente en el esfuerzo diagnóstico y/o terapéutico? ¿Sólo la madre, o las mujeres, o ellas sólo predominantemente, pero siempre con el concurso complementario del padre, de otros varones, o en general de todos sus integrantes? Puede afirmarse que la familia, en el campo de la salud, opera como "un trabajador colectivo"? ¿Es el propio enfermo un agente activo de su recuperación? ¿Cuál es la importancia relativa de esta ayuda familiar frente a la magnitud y calidad de los servicios de salud pública y privada existentes en Lima y al alcance real de los sectores populares? ¿Puede considerarse a la familia como el recurso principal con que cuenta un enfermo para cuidar de su salud? La práctica médica<sup>1</sup> de la familia popular, ¿se rige por los criterios de la medicina tradicional andina, de la medicina capitalista<sup>2</sup>, o de esa peculiar combinación de ambas que bien podríamos denominar medicina popular? Cuando la familia popular en Lima recurre a agentes externos, ¿busca más al médico, la enfermera, el boticario, etc., o más al yerbero y al curandero?

Estas preguntas, que suelen estar alejadas del interés especializado del médico profesional, interesan muy particularmente al Trabajador Social. A este profesional le serán útiles para diseñar su intervención en el campo de la salud, movilizandolos recursos de la familia popular. Al Trabajador Social no le corresponden ni la terapia ni el diagnóstico propiamente clínicos<sup>3</sup>, pero sí definir con autonomía profesional, conocimientos y métodos de intervención que favorezcan el desarrollo de la salud popular. Acogiendo estas preguntas como

---

<sup>1</sup> "Práctica médica", aquí, remite a aquella práctica que realiza cualquier persona, con o sin título profesional, orientada a cuidar o atender la salud, trátase de la propia o de la ajena.

<sup>2</sup> Nuestra concepción de lo que entendemos por "medicina capitalista" puede leerse en C. Urrutia, A. Boggio, A. Maguiña "Al encuentro de la salud popular" Nuevos Cuadernos CELATS No. 5, Lima, 1985.

<sup>3</sup> Salvo casos de sub-especialización, como ocurre en algunos países donde el Trabajador Social actúa, por ejemplo, como terapeuta de la conducta (Trabajo Social Psiquiátrico).

suyas, e intentando responder a ellas con rigor metodológico, podrá contribuir a contrarrestar la expropiación depredadora, la imposición autoritaria y la externalización que la medicina capitalista ejerce con respecto a las concepciones y prácticas de la salud popular, y rescatar de ésta el potencial liberador y de clase que contiene (la internalidad experiencial y totalizante), en lucha contra la mercantilización de la salud (y en defensa de la vida) sobre bases de reciprocidad y solidaridad.<sup>4</sup>

Hemos afirmado en nuestra anterior publicación, que la medicina capitalista no está en condiciones de responder a la problemática de la salud popular, problemática que en gran medida ella misma crea, deteriora y profundiza en tanto instrumento privilegiado del propio "desarrollo capitalista" (que a este nivel opera como modo de producción iatrogénico). Esta afirmación, por otro lado, no niega sino por el contrario revalora los aportes de la medicina científica. Pese a ello, destacamos simultáneamente "la desconcertante evidencia que más ha hecho la instalación de agua y alcantarillado en las poblaciones populares que la medicina capitalista", así como "la sublevante verificación que la alimentación adecuada es la medicina más urgente frente a la • masiva enfermedad de la pobreza".<sup>5</sup>

Siendo así, en consecuencia, afirmamos que "desmedicalizar" el Trabajo Social, supone no sólo extraerlo de la influencia de la medicina capitalista, sino aproximarlos crecientemente a la alternativa que el pueblo gesta en su lucha por la sobrevivencia y en defensa de su propia cultura. Vale decir, favorecer una aproximación profesional a la problemática de la salud popular que privilegie lo que el pueblo construye en su lucha, abandonando las premisas asistencialistas que consideran tan sólo las carencias que el pueblo experimenta.

### **Las amas de casa responden**

Siendo este artículo tan sólo un avance de investigación, nos limitaremos a ofrecer respuestas preliminares y agregadas para algunas de las preguntas con que abrimos la reflexión que aquí proponemos.

En primer lugar, diremos que la dinámica que se suscita en la familia para atender a uno de sus miembros enfermos depende de quién es el que se enferma y de cuál es la enfermedad. En esto las amas de casa entrevistadas demuestran tener conocimientos bastante precisos. Son capaces de distinguir, por ejemplo, qué enfermedades pueden afectar más frecuentemente a los niños (las bronquiales, la anemia, la deshidratación, el sarampión, el susto y los bichos), y cuáles a los adultos (del riñón, reumatismo, cáncer, alcoholismo, úlceras y TBC).

Lo más importante a este nivel, sin embargo, consiste en que desde el punto de vista de las amas de casa los varones son definitivamente los más

---

4 Sobre los conceptos de "salud popular" y "medicina capitalista", véase en particular, op. cit. pp. 24-29.

5 Op. cit. p. 13.

vulnerables a las enfermedades, cualquiera sea su edad (niños o adultos), o la enfermedad de que se trate (entre las doce consideradas). No podemos afirmar por ahora, sin embargo, si esta opinión predominante refleja la morbilidad real de la familia, o si más bien ella traduce la mayor preocupación que la enfermedad de los varones suscita en las amas de casa, aunque esta última hipótesis pareciera más verosímil. Ella sugiere que, bajo tal vulnerabilidad mórbida acrecentada en el varón, subyace el mayor "derecho" de éste, no sólo a enfermarse, sino a ser atendido; mientras que como veremos más adelante-, a la mujer le corresponde más bien asumir una responsabilidad mayor en los cuidados requeridos por el familiar enfermo.

Las amas de casa pueden igualmente diferenciar los "niveles de riesgo de muerte" que entrañan las doce enfermedades consideradas. Siendo el nivel de riesgo teóricamente más elevado igual a 2.00, el orden que ellas establecen es el siguiente: cáncer (1.89), TBC (1.21), alcoholismo (1.06), anemia (0.98), úlcera (0.90), deshidratación (0.88), bronquios (0.60), riñón (0.40), sarampión (0.33), susto (0.21), reumatismo (0.12), y bichos (0.00).

Resulta del mayor interés saber que para las amas de casa el riesgo de muerte correspondiente a estas enfermedades depende en unos casos más que en otros de la "falta de asistencia oportuna". Así, mientras el cáncer se piensa que es "inevitablemente" mortal en un 91.6% de las opiniones y sólo en un 9.2% por "falta de asistencia", en la mayoría de las restantes enfermedades la muerte es consecuencia más bien de la "falta de asistencia" TBC (61.7%), alcoholismo (59.2%), anemia (74.2%). Úlcera (68.9%), deshidratación (81.7%), riñón (61.3%), sarampión (67%), el susto (46.7%), el reumatismo (46,7%), y los bichos (51.2%), por otro lado son consideradas más bien como enfermedades que "nunca" matan.

Independientemente del potencial "teórico" o virtual que el avance de la medicina científica haya logrado, la experiencia le dice, a las amas de casa que tales son los riesgos diferenciales de muerte que las enfermedades implican en el mundo y la vida particular de las familias populares, carentes de recursos y servicios públicos apropiados. Aquí, así debemos entenderlo, no hay tan sólo un saber objetivo, si no una constatación realista que lleva una constatación realista que lleva en sí todo el peso subjetivo del sufrimiento y la denuncia muertes en sus familias y en el barrio pudieron evitarse con oportuna y adecuada asistencia (que el saber y los recursos existen), sino que a ellos no les llega precisamente por pretender a sectores sociales para los cuales no están destinados los conocimientos y recursos socialmente existentes

Más aún, saben que en conjunto el flagelo de estas doce enfermedades deben sufrirlo fundamentalmente (entre 16 explicaciones posibles ofrecidas por el TC-FSP), por la contaminación ambiental que se origina en sus barrios, donde no existe un apropiado recojo de basura ni de redes de alcantarillado (10%), por beber agua no potable (11%), por mala alimentación (10%), por falta de vacuna (7%), por deficiencias en la higiene personal (8%), o por infección (8%) o contagio (6%), dejando de lado otras explicaciones que apuntarían a una supuesta

"ignorancia" popular: "castigo de Dios" (2%), de nacimiento (2%) o por daño o maleficio (3%). Inclusive las "muchas medicinas" (5%) y las "medicinas sin receta" (5%) tienen un puntaje más elevado, y revelan la comprensión que las amas de casa tienen con respecto a las causas de la morbilidad familiar: la carencia de servicios indispensables para el saneamiento urbano, las deficiencias en la alimentación, la limitada cobertura de los servicios básicos de salud, como la vacunación, inclusive el "mucho trabajo" (6%) y el "consumo de drogas" (7%), y alcohol (K), así como los efectos iatrogénicos de las medicinas.

Es interesante comprobar también, que partiendo de esta matriz básica, las amas de casa entrevistadas pueden introducir atinados énfasis en una u otra explicación según la enfermedad de que se trate. Así por ejemplo, consideran que la "infección" es importante en las enfermedades bronquiales, la deshidratación, las enfermedades del riñón, el cáncer y las gastritis (?); que son enfermedades "contagiosas" fundamentalmente el sarampión, los bichos y la TBC; que el "mucho trabajo" incide básicamente en las enfermedades de los adultos tales como las del riñón, el reumatismo, las úlceras y la TBC. Aunque en estas explicaciones las amas de casa denotan tener algún grado de confusión con respecto a la gastritis (entre otras de menor magnitud), las opiniones vertidas por ellas revelan conocimientos empíricos no desdeñables para asumir responsabilidades médicas al interior del hogar.

En efecto, es con estos conocimientos que participa el ama de casa, de modo predominante, en el esfuerzo diagnóstico y terapéutico de la familia. Sin embargo ella no actúa sola, sino al interior de un trabajador colectivo, como veremos a continuación.

Asumiendo que el esfuerzo diagnóstico de la familia en su conjunto equivale en términos relativos a un 100%, el aporte de la madre o esposa, según la opinión de las amas de casa encuestadas, representa un promedio el 47.8%. El aporte del esposo o padre, siendo menor (24.37%), es sin embargo el segundo en importancia relativa. A la pareja conyugal le siguen: la abuela (11.1%), la comadre (8.1%), el abuelo (3.8%). El hijo adolescente (1.8%), el cuñado (1.6%), la hija adolescente (0.5%), la hija niña (0.5%) y el ahijado-niño (0.5%).

Siendo la madre quien asume la responsabilidad eminente al interior de la familia, el núcleo de corresponsabilidad en el diagnóstico familiar está constituido, en primera instancia, por la pareja conyugal, y en segunda instancia, por las personas de mayor edad (experiencia y conocimientos). El resto de los familiares colabora, pero menos, pudiéndose afirmar que a nivel del diagnóstico el trabajador colectivo tiende a estrecharse más por razones de edad que por diferencias de sexo.

Este padrón varía, en alguna medida, de acuerdo a las enfermedades de que se trate. La participación de la madre se eleva cuando se trata de enfermedades de niños (54.5%), y aunque menos, la del padre disminuye (22.8%), siendo más significativas las disminuciones en caso del abuelo (1.6%) y

la abuela (8.1%). Interesa también destacar que la abuela cobre mayor relieve en el caso del "susto", (27 %), así como que el padre destaca sobre la madre en los casos de reumatismo (40.3 % frente a 29%), y cáncer (30.2% frente a 28.6%). Sin detenernos en el análisis del significativo particular de cada una de estas diferencias (unas más transparentes que otras), basten ellas para ilustrar la medida en que varía el patrón básico a través del cual se ejercita el diagnóstico al interior de la familia popular.

En cuanto a la "ayuda en cuidados" (esfuerzo terapéutico familiar), si bien la responsabilidad mayor la tiene la madre (19.77%), su preeminencia ya no es tan grande. El padre tiene también una función destacada (14.6%), sólo lindamente inferior a la de la abuela (17.3%) y a la de la hija adolescente (16.5%). Bien se podría afirmar con estos datos, en consecuencia, que en los cuidados de la salud la familia opera como un trabajador colectivo. Todos sus miembros participan en alguna medida (la comadre, 7%; el hijo adolescente, 6.8%; el abuelo, 6.7%; el cuñado, 4.5%; la hija niña, 4.1%), sin exceptuar a los varones de menor edad (hijo: 1.5%; ahijado: 13%), aunque estos últimos lo hagan aportando tan sólo "un granito de arena". Otros datos más desagregados indican, además, que este trabajador colectivo se organiza internamente de modo diferente según se trate de enfermedades de niños o de adultos, pues en el primer caso se acrecienta la colaboración de las mujeres y disminuye la de los varones, mientras que en el segundo ocurre lo contrario. Ahora bien, aunque las amas de casa reconocen y valoran la importancia del diagnóstico y cuidados que puede ofrecer la familia en su dinámica interna, saben también que las posibilidades de este trabajador colectivo son limitadas. Frente a las enfermedades de los adultos, el margen de la autosuficiencia familiar lo sitúan en torno al 9% de las emergencias, y en el caso de las enfermedades infantiles, en el 18%. Los límites extremos, por otro lado, van desde el 0% (cáncer, deshidratación), hasta el 25% (susto), pasando por el 20% (anemia, sarampión), y el 15% (bichos), entre otros.

La necesaria ayuda externa la buscan preferentemente en los médicos (en un elevado 58.2% de los casos), en segundo lugar en el boticario (13.2%), y en menor medida en la enfermera (4.8%). El yerbero, sin embargo, tiene casi la misma importancia que el boticario (10.5%), y el curandero que la enfermera (6.4%). El recurso a la medicina andina, aunque menor, mantiene su vigencia, y se hace más manifiesto, en el caso del yerbero cuando se trata de las enfermedades del riñón (20%), del susto (26%) y los bichos (13%); y en el caso del curandero tratándose del susto (39%) y del alcoholismo (12%).

## **Reflexiones finales**

En defensa de su salud, y en lucha contra la enfermedad, la familia popular actúa como un trabajador colectivo, confiando, en primer lugar en sus propios conocimientos y fuerzas, sin que ello inhiba el deseo- con frecuencia no realizable- de demandar ayuda externa, predominantemente a los médicos y boticarios, y complementaria pero significativamente a yerberos y curanderos. Entre los recursos internos de la familia destacan: la reciprocidad no mercantil de los

servicios que se intercambian; la aptitud diagnóstica de los adultos; la colaboración terapéutica predominante de la mujer. La pareja conyugal es el centro de toda la actividad, y aunque en ella la madre es figura que resalta nítidamente, el padre cumple funciones destacadas.

A partir de estas constataciones -que ponen en cuestión los enfoques unilaterales de la familia que tan sólo se ocupan del aporte singular de la mujer-, se concluye que los conocimientos y prácticas médicas de la familia popular -que combinan con desigual énfasis las propuestas de la medicina capitalista y la tradicional andina-, constituyen un apreciable recurso social, el cual debiera ser mejor conocido y movilizadopor los Trabajadores Sociales que, abandonando las premisas asistencialistas del enfoque medicalizado de la salud, busquen renovar su práctica profesional participando de la lucha popular por afirmar su propia identidad cultural y proyecto social alternativo.

**Nota:** Este artículo anticipa algunas de las constataciones que se derivan de un trabajo más amplio, desarrollado en Lima, La Paz y Quito, acerca de la familia y la salud popular en el mundo andino. Aquí tomamos tan sólo la información recogida en el asentamiento humano Raúl Porras, del distrito de Carabaylo, provincia de Lima. Ahí se entrevistó a 120 "amas de casa", seleccionadas al azar empleando el Test Cuestionario Familia y Salud Popular (TCFSP), especialmente diseñado por nosotros con este propósito.