

El uso de medicina alternativa y medicina tradicional en Medellín, 2005

Use of complementary and alternative medicine and folk medicine in Medellín, 2005

Luz Stella Alvarez C.

Nutricionista dietista, magister en salud pública, PhD en salud pública, profesora de la Escuela de Nutrición y Dietética, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

Cibercorreo: lalvarez@pijaos.udea.edu.co

Recibido: 18 Enero 2007 Aprobado: 18 Octubre 2007

Álvarez LS. El uso de medicina alternativa y medicina popular en Medellín, Colombia. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2007; 25 (2): 100-9

Resumen

Objetivos: establecer los recursos de salud que los habitantes de Medellín buscan cuando se sienten enfermos y las razones que los llevan a tomar esas decisiones, indagando, además sobre el uso de medicina tradicional y medicina alternativa.

Métodos: investigación cualitativa sustentada en la teoría fundada y en métodos rápidos de recolección de información. Se realizaron 46 entrevistas semiestructuradas a personas de diferentes estratos sociales de la ciudad de Medellín, entre los meses de julio a septiembre del 2005. **Resultados:** se encontró que las prácticas propias de la medicina tradicional son un recurso buscado por muchas personas, especialmente las

de menores recursos financieros. Estas prácticas han asumido nuevos nombres para adaptarse a las tendencias en medicina pero, en lo fundamental, conservan las características propias de la medicina tradicional colombiana. La medicina alternativa es buscada por personas de estratos superiores y su uso está vinculado a la búsqueda de tratamientos integrales para las enfermedades y a la insatisfacción que algunas personas sienten frente a ciertas características de la medicina occidental y del sistema de salud colombiano.

----- *Palabras clave:* medicina alternativa, medicina tradicional, investigación cualitativa, comportamiento en salud

Summary

Objective: to explore health resources chosen by Medellín's residents when they feel ill and the reasons why they decide to use Colombian folk medicine and Complementary and Alternative Medicine resources. **Methods:** this research was based on the premises shared by the majority of the qualitative methods, and specially by two methodologies: the Grounded Theory (GT) and Rapid Assessment Process (RAP). Forty-six people from various social classes, who were affiliated with different health insurance companies as well as uninsured were interviewed. Interviews were carried out from July to September 2005. **Results:** the study found that many people, especially those with low or very low income seek Colombian folk medicine practices resources when they feel sick.

These practices and their practitioners have taken new names to adapt themselves to new tendencies in medicine but they actually keep the traditional characteristics of Colombian folk medicine. Complementary and alternative medicine therapies such as acupuncture, homeopathy, and bioenergetics exercised by physicians licensed from certified universities are sought mostly by middle and upper class people, especially by those with a high educational level. These patients have in common that they feel discomfort with the biologist emphasis of Western medicine so they seek an integral treatment integrating body, mind, and spirit.

----- *Key words:* complementary and alternative medicine, traditional medicine, qualitative research, health seeking behavior

Introducción

Diferentes sistemas médicos se practicaron en Colombia antes de la introducción de la medicina occidental y continúan practicándose hoy. En las últimas dos décadas del siglo xx, los sistemas médicos disponibles para la población se volvieron aún más diversos, debido a la introducción de terapias provenientes de la llamada medicina alternativa y a la recuperación de otras provenientes de la medicina tradicional colombiana. Aunque no se puede agotar la clasificación de los diferentes sistemas médicos disponibles en el país, los más comúnmente usados son la medicina occidental, la medicina alternativa y la medicina tradicional.

La medicina occidental es un nombre genérico dado a las prácticas médicas utilizadas principalmente en los países occidentales con algún nivel de industrialización y urbanización. Este sistema, referido también como medicina convencional o alopática, ejerce hegemonía sobre la prestación de servicios de salud y sobre la formación de las profesiones de la salud. La lógica interna de la medicina occidental se deriva de su descendencia de la ciencia moderna. Sus reglas, evidencias y conclusiones dependen de formas lineales del razonamiento.¹

La medicina tradicional colombiana es el sistema de curación que evolucionó desde la conquista europea. De acuerdo con la etiología de la enfermedad y las técnicas curativas, la medicina tradicional se divide en dos ramas: el sistema mágico-religioso y el curanderismo. El sistema mágico-religioso se basa en el principio de que una fuerza sobrenatural cura o produce la enfermedad por medio de un agente intermediario. Este agente recibe diferentes nombres, dependiendo de la cultura.² Ambas ramas de la medicina tradicional —el sistema mágico-religioso y el curanderismo— invocan espíritus y poderes para obtener la ayuda sobrenatural y generalmente ambos atribuyen al dolor y al sufrimiento un origen punitivo. Un ejemplo del sistema mágico-religioso que se utiliza todavía en Colombia es el uso terapéutico del yagé (planta alucinógena utilizada en rituales curativos).²

La otra rama de la medicina tradicional colombiana, el curanderismo, representa el resultado del proceso de asimilación-negociación entre prácticas curativas antiguas y la medicina occidental.² Las formas de curanderismo más frecuentemente usadas en Colombia están representadas en las parteras, los hierbateros, los sobanderos y los rezanderos.² Un sobandero es un practicante de medicina tradicional cuyos conocimientos han sido adquiridos gracias al trabajo empírico y no a la educación formal, que soluciona problemas óseo-musculares, como esguinces, desgarres y torceduras, por medio de masajes, acompañados o no de rezos, sobre el área afectada. Los hierbateros y rezanderos son practicantes de la medicina tradicional que también aprenden su oficio gracias a la experiencia y que usan plantas medicinales

combinadas con rezos y pases mágicos para solucionar problemas de salud, financieros y emocionales.

Por otra parte, el concepto de la medicina alternativa, como nombre genérico, se utiliza para clasificar una gama de terapias heterogéneas no alopáticas. El Centro Nacional de la Medicina Alternativa de Estados Unidos (NCCAM, según su sigla en inglés) desarrolló una clasificación que agrupa la medicina alternativa usada en ese país según cinco categorías: a) los sistemas médicos alternativos, b) las intervenciones de la interacción mente-cuerpo, c) los tratamientos biológicamente basados, d) los métodos basados en la manipulación del cuerpo y e) las terapias de energía.³

Las terapias de medicina alternativa más comúnmente utilizados en Medellín son la homeopatía, la acupuntura y la bioenergética.⁴ Según el NCCAM, la medicina homeopática se basa en la premisa de que lo similar cura lo similar, significando que cantidades sumamente diluidas de sustancias medicinales se suministran para curar los síntomas, cuando las mismas sustancias en dosis más altas o más concentradas causarían realmente esos mismos síntomas.³

La acupuntura es un método de curación desarrollado en China hace aproximadamente 2.000 años. Hoy, la acupuntura consiste en una familia de procedimientos que implican el estímulo de puntos anatómicos en el cuerpo por medio de una variedad de técnicas. La técnica que ha sido más estudiada científicamente implica la penetración de la piel con agujas delgadas, sólidas y metálicas, que son manipuladas por las manos o por estímulos eléctricos.³

La bioenergética es un tipo de terapia de energía que emplea vibraciones mecánicas —como el sonido y las fuerzas electromagnéticas, inclusive la luz visible, el magnetismo y la radiación monocromática (como el emisor láser)— y los rayos de otras secciones del espectro electromagnético. Eso implica el uso de longitudes de onda y frecuencias específicas y mensurables para tratar a los pacientes.³

Para el análisis de la información recolectada en esta investigación, se denominó medicina alternativa a las modalidades explicadas en los párrafos anteriores. Los tres sistemas médicos mencionados (la medicina occidental, la tradicional, y la alternativa) son utilizados actualmente por la población de Medellín y de Colombia.

La pregunta de la investigación que se realizó se formuló así: ¿cuáles sistemas médicos seleccionan los habitantes de Medellín de diferentes estratos cuando buscan solucionar un problema de salud y cuáles son las razones por las cuales las personas hacen esa selección? El problema o tema de investigación es el uso de diferentes sistemas médicos y las razones sociales, económicas o culturales que sustentan las decisiones. El tema es relevante académica y socialmente porque permite una

mayor comprensión de las necesidades, expectativas e imaginarios en torno a la salud y la enfermedad que tiene la población.

Métodos

El diseño metodológico de esta investigación, las estrategias de muestreo, la recolección de información y el análisis de los datos se basaron en las premisas compartidas por la mayoría de los métodos cualitativos y, especialmente, por dos metodologías: la teoría fundada (TF)^{5,6} y los procedimientos rápidos de recolección de información (RAP, según su sigla en inglés).^{7,8} Igualmente, se tomaron algunas técnicas específicas de las guías de Miles y Huberman⁹ sobre recolección y análisis de datos en estudios cualitativos. Estas metodologías fueron apropiadas para este estudio dado que su meta era construir una teoría fundamentada en la perspectiva de los informantes, en un tópico relacionado con su comportamiento en salud en un período corto de tiempo.

En teoría fundada, el método para construir teoría se basa en el análisis comparativo. Las categorías que emergen de los datos tienen que contrastarse con otras unidades de análisis (otras personas, otros temas, grupos o textos) dentro del mismo proceso de investigación. La comparación se considera una herramienta para refinar y validar los conceptos que han emergido del análisis inicial de los datos del estudio.^{7,8}

Los procedimientos rápidos de recolección de información constituyen una metodología derivada de la antropología, usada por los investigadores de diversas disciplinas, pero desarrollada particularmente para proveer pautas a profesionales de la salud, investigadores y científicos de las ciencias sociales para conducir evaluaciones rápidas del comportamiento en salud. “Los métodos rápidos de recolección de información se refieren específicamente al estudio de las creencias y opiniones con respecto a salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad y la utilización de los recursos tradicionales y biomédicos de la salud”. Los RAP se diferencian de la antropología tradicional en que implican un período relativamente corto de trabajo de campo y enfocan la investigación sobre algunos asuntos específicos. El corto tiempo para la colección de datos implica un trabajo en equipo intensivo y coordinado.

Los informantes de este estudio pertenecen a diferentes estratos sociales. Medellín está dividida administrativamente en seis zonas ubicadas en el área urbana y cinco corregimientos ubicados en el área rural. En la ciudad, al igual que en el resto de ciudades colombianas, la población está clasificada en seis estratos socioeconómicos. Las personas que habitan los barrios clasificados en estrato uno tienen menores recursos económicos que el resto de la población; a medida que se asciende en la clasificación por estratos, las condiciones de vida son mejores, con el estrato seis como el nivel más alto.

Todos los informantes estaban en el rango de 30 a 60 años de edad y sabían leer y escribir. La mitad eran mujeres, la otra mitad, hombres. El rango de 30-60 años se escogió porque este grupo de edad busca asistencia médica con mayor frecuencia que los menores de 30. Los informantes no eran profesores ni estudiantes de profesiones de la salud ni practicantes de la medicina tradicional, y no se incluyeron mujeres embarazadas.

Los entrevistados podían estar afiliados o no al sistema de salud. En Colombia, desde 1993, el sistema de salud es de aseguramiento individual, con dos modalidades de afiliación: algunas personas (33% de la población) pertenecen al régimen contributivo^{10, 11} porque están empleadas o porque tienen suficientes ingresos para pagar por sí mismos el costo del seguro. El 34% de la población colombiana pertenece al régimen subsidiado.¹¹ Se trata de personas que, por sus bajos ingresos, reciben subsidio del estado para el pago del seguro, que puede ser del 90, 70 o 30% del costo de los tratamientos médicos. El 25% de los colombianos no tiene seguro de salud.¹¹

Las entrevistas se realizaron entre los meses de julio y septiembre del 2005. Todos los entrevistados fueron contactados a través de informantes clave, de los cuales, quienes refirieron a los entrevistados de los estratos 1 y 2 trabajan para la organización no gubernamental Corporación Cedecis, que realiza programas sociales en zonas populares urbanas y rurales de Medellín.

Los entrevistados de los estratos 1 y 2 son padres de familia de niños matriculados en una escuela primaria ubicada en el barrio El Picacho, localizado en la zona 2 (noroccidental) de Medellín. Otro grupo de entrevistados de estratos 1 y 2 son estudiantes de la jornada nocturna de un colegio de secundaria del corregimiento Altavista, ubicado en zona rural, a diez minutos de Medellín. Los entrevistados pertenecientes al estrato 3 fueron referidos por la propietaria de un local comercial ubicado en el barrio Buenos Aires, localizado en la zona 3 (centro-oriental) de Medellín.

Los informantes clave a través de los cuales se contactaron los entrevistados de estrato 4 pertenecen a la organización Comité Cívico Barrio Carlos E. Restrepo, ubicado en la zona 4 (centro-occidental) de Medellín. Los entrevistados son habitantes del barrio.

Los entrevistados de estratos 5 y 6 son profesores de la Universidad de Antioquia de facultades diferentes a la del área de la salud. Otros entrevistados de estrato 6 son funcionarios de alto nivel que trabajan para una compañía de servicios públicos con sede en Medellín. La mayoría de los entrevistados de estratos 5 y 6 viven en el barrio El Poblado, ubicado en la zona 6 (suroccidental)

Se entrevistaron en total 22 personas de los estratos 1 y 2, doce de los estratos 3 y 4 y doce de los estratos 5 y 6. Las personas se seleccionaron con el objetivo de

tener representación de diferentes estratos de la ciudad, de diferentes zonas geográficas y de los dos sexos.

Las entrevistas se hicieron en las instalaciones de las organizaciones sociales mencionadas, en los sitios de trabajo o en los hogares de algunos informantes, cada una con duración de entre 40 minutos a una hora. A los entrevistados se les pidió consentimiento para realizar la entrevista.

El protocolo de la investigación fue aprobado por la Office for the Protection of Research Subjects (OPRS), de la Universidad de Illinois, en Chicago, y por la Universidad de Antioquia.

Para la recolección de información se utilizaron entrevistas semiestructuradas¹² que fueron grabadas en audiotapes y transcritas en computador mediante procesador de textos. La recolección de información fue realizada en cuatro etapas, de manera que se pudieran establecer hallazgos y modificar la guía y los énfasis de las entrevistas.

En la primera etapa se entrevistaron doce personas de estratos 1 y 2, en la segunda ocho, personas de estratos 3 y 4, en la tercera, doce personas de los estratos 5 y 6 y, finalmente, 16 personas de todos los estratos. El número total de entrevistados (46) se estableció desde el comienzo y no se modificó, ya que cualquier cambio habría requerido procedimientos administrativos complejos ante la OPRS. La guía inicial de preguntas fue elaborada con base en la metodología RAP, que ha sido aplicada en varias ocasiones en países latinoamericanos para conocer el uso de sistemas médicos tradicionales y sistema biomédico.⁸

La pregunta sobre búsqueda de recursos de medicina alternativa incluyó dos partes. En la primera, al entrevistado se le preguntó si conocía el término ‘medicina alternativa’ y con qué tipo de prácticas lo asociaba. En segundo lugar, y para chequear la primera respuesta, se le preguntó si alguna vez había buscado practicantes de bioenergética, acupuntura u homeopatía, en que casos y por qué. Si la respuesta era negativa, también se preguntaba cuál era la razón. La pregunta sobre búsqueda de recursos de medicina tradicional se hizo preguntándoles a los entrevistados si alguna vez habían consultado a sobanderos, hierbateros y rezanderos, en que casos y por qué. Si la respuesta era negativa, también se preguntaba cuál era la razón.

El análisis de la información estuvo compuesto por tres niveles: la ordenación de los datos o codificación, la definición de conclusiones y la verificación de hallazgos. La ordenación de los datos se llevó a cabo transcribiendo y codificando las entrevistas.⁹ La codificación fue realizada usando el programa de computadora Atlas/ti 5.0.¹³ Los datos fueron codificados por dos personas como método para asegurar confiabilidad de la codificación.

La ordenación de los datos o codificación se realizó siguiendo cada episodio o enfermedad tal como fue na-

trada por los entrevistados. La codificación registraba si la enfermedad se debía a una condición aguda o crónica, se hizo teniendo en cuenta que en algunas ocasiones las personas hicieron múltiples elecciones de manera consecutiva o simultánea para tratar de curar una misma enfermedad. Igualmente, se codificó la razón por la cual la persona escogió la alternativa y las causas que las personas adjudicaban a su enfermedad.

Se realizaron dos tipos de memorandos. Los *memorandos teóricos* eran notas conceptuales usadas para interpretar hallazgos válidos para varias entrevistas y que constituían un nivel teórico superior. También se realizaron *memorandos libres* para analizar y realizar observaciones relacionadas con una entrevista en particular. Ambos tipos de memorandos se elaboraron mediante el programa Atlas/ti 5.0, de manera simultánea con el proceso de codificación.

Para hacer más claros los pasos seguidos por los informantes cuando buscan el tratamiento de sus enfermedades, después de cada codificación se estableció una ruta o *network* que representaba gráficamente cada uno de los diferentes tratamientos buscados, las barreras encontradas, si las hubo, y las razones para cada una de las elecciones hechas por las personas.

Definición de conclusiones

Al analizar la información se evidenció que el uso de los recursos de salud variaba según el estrato de la persona entrevistada y su nivel educativo. Por esa razón, la información se analizó usando inicialmente esos dos variables como hilo conductor para tratar de definir en qué se diferencian los recursos de salud buscados y usados por las personas de diferentes estratos o de estrato similar, pero con diferente nivel educativo. Posteriormente, se contrastó si existían diferencias en los recursos de salud usados según el género o a la afiliación al sistema de salud y el tipo de enfermedad del informante, si se trataba de una enfermedad crónica o aguda.

Igualmente, se analizó si la categoría concepto de salud y de enfermedad podría tener alguna relación con el tipo de recursos de salud buscado o usado. Finalmente, después de contrastar diferencias, se procedió a analizar qué semejanzas existen en las personas entrevistadas en relación con el uso de los recursos de salud, independiente de su estrato social y el nivel educativo. Es decir, qué elementos son comunes a los entrevistados, porque posiblemente obedezcan más a las costumbres y tradiciones propias de la cultura colombiana y están presentes en todos los estratos y niveles educativos.

Confirmación de resultados

Tres estrategias se utilizaron para comprobar la consistencia y la confiabilidad de los resultados: la triangulación, la retroalimentación con los informantes y el uso

de auditores externos. Cada estrategia contribuye con sus fortalezas específicas y se complementan entre sí.¹⁴

La triangulación es el proceso de reforzar los resultados, demostrando cómo al medir el fenómeno al usar diferentes medidas, los resultados se correlacionan. Según Denzin,¹⁵ en estudios cualitativos se pueden utilizar diversas clases de triangulación: por fuentes (personas, tiempos, lugares), por método (observación, documentación, entrevistas), por investigador y por teoría. Este estudio utilizó la triangulación por investigador y por personas: la primera porque, como se explicó previamente, un equipo de trabajo recolectó, codificó y realizó un primer nivel de análisis de datos; la segunda se hizo mediante la inclusión de informantes pertenecientes a diversos estratos sociales.

La retroalimentación con los informantes se realizó en dos talleres: uno con seis informantes de estrato 2 y el segundo con seis informantes de estrato 4. En los talleres se presentó a los informantes un breve resumen de los resultados o de posibles hallazgos y se recibieron sus comentarios al respecto.

El uso de auditores externos es el proceso de presentar a un grupo de expertos los resultados y el proceso del análisis de un estudio. Según Strauss y Corbin,⁶ la información presentada a los expertos debe permitirles responder a las preguntas claves relacionadas con la suficiencia del muestreo teórico y la manera en que emergieron las categorías. En este estudio, los expertos externos fueron profesores de la universidad e Illinois, en Chicago, que recibieron la información sobre el análisis de los conceptos, las categorías y la estructura teórica final.

Resultados

Las categorías que más contribuyen a diferenciar los patrones de uso de recursos de salud y las razones por las cuales se seleccionan esos recursos son el estrato socioeconómico y el nivel educativo. Algunos entrevistados de estratos 1 y 2 no buscan hierbateros y rezaderos para resolver sus problemas de salud porque no creen en ellos o porque asocian sus prácticas con la brujería y con hacer daño a otros. Además, consideran que ellos no tienen conocimientos en salud y que sus prácticas ofenden la religión católica. No fue posible determinar si esos entrevistados buscan recursos de medicina tradicional para resolver problemas diferentes a los de salud, tales como falta de dinero, pérdida del empleo o problemas afectivos.

Un grupo de personas de estratos 1 y 2 indicaron que ellos visitan o han visitado hierbateros y rezaderos para resolver un problema de salud por lo menos una vez. Lo hacen porque creen que hay enfermedades causadas por la voluntad de otras personas (maleficios), que solo los hierbateros y rezaderos puede curar. Estas

prácticas son simultáneas con la búsqueda de médicos occidentales. Otro grupo de entrevistados de estrato 1 y 2 manifestó que, si bien nunca había consultado hierbateros o rezaderos, lo haría en situaciones desesperadas, como enfermedades terminales o situaciones para las que la medicina occidental no ofrece una alternativa, tal como se ilustra en la siguiente entrevista:

Mi esposo acudió donde una rezadera, porque le iban a hacer un TAC, y posiblemente en ese examen le iban a detectar cáncer. Entonces el médico me dijo: “Vea, a él se le va a hacer el examen y, por ahí derecho, se le va a hacer la cirugía, de una; y yo creo que él no va a resistir. Péguese de Dios, que él es el único que lo puede ayudar”. Y empezamos a llevarlo a donde una señora que le mandó unas bebidas; él se las tomó. Cuando fue al médico para hacerle los exámenes no le encontró nada. Y el médico preguntó que de qué santo se había pegado. Mi esposo es muy incrédulo en esa gente, pero también decía: “Hay que apelar a lo que uno más pueda”. Y la familia, pues, diciéndole; entonces él acudió allá, pero más que todo la fe era en Dios. Él decía: “Dios, tú eres el único que lo puede todo”. (Mujer, 32, estrato 2)

Es importante destacar que aunque muchos entrevistados de estratos sociales 1 y 2 perciban las prácticas de los rezaderos y los hierbateros como contrarias a la religión católica, las utilizan simultáneamente con recursos religiosos o, en ocasiones, le atribuyen a su fe en Dios el poder curativo de algunos rezaderos y hierbateros. La siguiente entrevista describe esta simultaneidad de prácticas.

Cuando el dolor de estómago es tan fuerte, a veces tomo agua bendita o me pongo una estola y me mejoro. Pongo suficiente fe y eso me alivia. Además, llamo también a una señora que sabe curar. Ella sabe mucho y ora por mí y me alivia el dolor. Si uno no tiene plata, tiene que buscar los recursos donde sea. Hace pocos días yo no podía ni andar; yo no era capaz de pararme, y mi familia la llamó; media hora después me sentía mejor. Yo no sé si ella ora con rezos católicos o no, pero son útiles. Yo solo sé que ella, bruja, bruja, no es; al contrario, ella cura a personas que sufren de maleficios. (Mujer, 30, estrato 2)

Por su parte, los entrevistados de estratos superiores (3-6) pero, especialmente, de estrato 4 en adelante descartan por completo la búsqueda de hierbateros y rezaderos. La razón es que básicamente desconfían de su ética y de sus conocimientos. Ninguno de los entrevistados indicó haber buscado jamás o el tener intención de buscar hierbateros o rezaderos. Ninguno cree que haya enfermedades impuestas por otras personas que requieran este tipo de tratamiento. Todos manifestaron que confiarían más bien en un médico occidental o aun en una terapia de medicina alternativa, si la ejerce un profesional de la salud. La siguiente entrevista ilustra esta tendencia:

Yo nunca he visitado hierbateros, sobaderos ni rezaderos para aliviar mis problemas de salud porque yo siempre quiero el rigor científico. No niego que

ellos tengan alguna experiencia; ellos pueden tener alguna experiencia empírica que los hace expertos en algunas cosas, pero ellos carecen del fondo científico. Si yo busco a médicos homeópatas o bioenergéticos es porque ellos son médicos: ellos tienen el conocimiento médico alternativo, pero son también médicos profesionales. (Hombre, 42, estrato 6).

El único elemento perteneciente a la medicina tradicional usado en todos los estratos sociales son las plantas medicinales.

En relación con la búsqueda de recursos de medicina alternativa, se encontró que el significado del término difiere según el estrato del entrevistado. La mayoría de informantes pertenecientes a estratos 1 y 2 respondió que ellos no entienden el término ‘medicina alternativa’ y, por ello, no pueden definirlo ni dar ejemplos sobre situaciones en que utilizarían este tipo de terapias. Algunos de los entrevistados de estratos 1 y 2 no han oído mencionar la acupuntura, la bioenergética, ni la homeopatía, ni saben que hay profesionales que practican estas terapias.

Otros entrevistados de estrato 1 y 2, aunque no conocen el término ‘medicina alternativa’, dijeron que habían consultado “médicos bioenergéticos o naturistas”. Cuando se les pidió mayor información sobre las técnicas terapéuticas que estos médicos utilizan en las consultas, fue evidente que no se trataba de profesionales de la salud que ejercen la bioenergética o la homeopatía, sino de practicantes de la medicina tradicional que han adoptado el calificativo de bioenergéticos y naturistas, pero que en realidad son hierbateros o rezaderos. Al preguntarles a los entrevistados si estos médicos eran egresados de alguna universidad, ellos no solo no sabían, sino que, además parecía que este aspecto no era relevante para su decisión de consultarlos. Un elemento común en las respuestas es que los llamados bioenergéticos o naturistas que tienen sus consultorios en los estratos 1 y 2 no cobran a sus pacientes por la consulta sino que les piden una propina, y la medicina prescrita debe comprarse en el consultorio del médico, ya que él mismo la prepara. El costo de la medicina varía entre 50 y 100 mil pesos. La entrevista siguiente ilustra esa situación.

Yo no sé si el médico bioenergético al que yo voy estudió en la universidad, porque él es como carismático; quizá sí, yo no sé; él es carismático. Yo le pago lo que yo quiera darle porque él no cobra. Yo le di \$5.000. Él sabe quién tiene plata y no le quiere pagar y quién no. Él prepara los remedios, pero son carísimos. Por eso no he podido volver.

Otra entrevistada narra su experiencia con un médico bioenergético

Yo estaba yendo donde un bioenergético cuando supe que tenía osteoporosis. El me puso una maquina para verme los dedos. Me dijo que él puede mirar todo mi cuerpo a través de los dedos y entonces me dijo:

“¡Ah, mujer, a usted se la está comiendo la osteoporosis; usted tiene osteoporosis severa! Si su familia no la hubiera traído, estaría tetrapléjica, usted estaría utilizando una silla de ruedas en siete meses. Déme quinientos mil pesos y la curo”.

Uno de mis vecinos me recomendó ese médico. Él me prescribió remedios naturales de valeriana y árnica. Cada botella de árnica cuesta 90 mil pesos. Mis hijos me dieron el dinero porque estaba muy enferma y el médico era muy famoso y yo me mejoré. Ocho días después de la primera cita yo estaba mejor. No tenía fiebre, tenía menos dolor y tuve una cita de chequeo. Le dije que estaba mejor pero que todavía tenía algunos síntomas. Él me dijo: “Una sola droga no la va a aliviar y usted tiene que tener fe. La próxima vez me trae más dinero porque le voy prescribir calcio. Cuesta noventa y cinco mil pesos”.

En ese momento, yo lo pregunté por qué las vitaminas que me había prescrito costaban sólo diecisiete mil pesos en el control de la ciudad y él contestó que porque no eran de las mismas. Yo le contesté que era la misma marca, los mismos componentes, el mismo peso. El dijo: “El problema es que usted no se ha dado cuenta de que mis medicinas son bioenergizadas por mí. Además, yo no le he dicho que usted debe comprar la droga de mi tienda; si usted no quiere, no lo hace, pero entonces no espere curarse”. (Mujer, 54, estrato 1)

Las personas de estratos sociales 1 y 2 tienen otra modalidad de consumo de medicina alternativa que es la de comprar directamente en las tiendas naturistas. Le preguntan al dueño o al vendedor qué producto deben comprar para resolver su problema de salud. Los vendedores de tiendas naturistas usualmente son personas sin preparación académica formal en el campo de la salud; es decir, no están autorizados por el Ministerio de la Protección Social para hacer diagnósticos ni prescribir medicinas, pero esta regla se viola sistemáticamente.

En cuanto a la búsqueda de recursos de medicina alternativa de los entrevistados del estrato 3 en adelante, pero especialmente los de 4, 5 y 6, la mayoría afirmó que conocían el término medicina alternativa y que sabían qué es la bioenergética, la acupuntura y la homeopatía. Mencionaron también que entienden, de una manera muy general, qué tipo de prácticas incluye la medicina alternativa. Sin embargo, solo la mitad de los entrevistados la ha buscado por lo menos una vez y un pequeño grupo son usuarios frecuentes.

El nivel educativo es otra categoría que permite diferenciar la búsqueda de recursos de salud. Los usuarios frecuentes de medicina alternativa —entendida como homeopatía, acupuntura y bioenergética—, ejercida por profesionales de la salud, suelen ser hombres y mujeres de estrato 3 en adelante, con formación universitaria. Para ellos es importante que el médico sea un profesional formado en una universidad porque eso les genera confianza, aunque saben que ellos no recibieron la formación sobre medicina alternativa en sus universidades, sino que

la aprendieron en la mayoría de los casos en procesos de educación no formal. Sobre las razones que los llevaron a buscar medicina alternativa, los entrevistados del estrato 3 en adelante sostienen que buscan no solo resolver los problemas de salud, sino también prevenir las enfermedades y mantener la salud física y mental. Estos usuarios frecuentes buscan en la medicina alternativa integralidad en los diagnósticos y en el tratamiento de las enfermedades —integrando el cuerpo, la mente, y el espíritu—. Además, esperan que el profesional de salud explore las dimensiones psicológicas de su enfermedad más allá de sus manifestaciones físicas. Una usuaria frecuente de medicina alternativa dice:

Para mí es importante ir periódicamente al médico bioenergético. Yo poco a poco me he vuelto más receptiva con la medicina bioenergética. Me di cuenta que el médico me ayuda a prevenir enfermedades. Me ayuda a armonizar y desatranca los problemas acumulados, que son los que causan las enfermedades. Eso me ayuda a tener perseverancia con el tratamiento que él me da. (Mujer, 44, estrato 4)

En cuanto a las razones que llevan a esta elección, los usuarios frecuentes de medicina alternativa indicaron además que ellos no solo tratan de resolver un problema específico de salud, sino que además intentan expresar su descontento con algunas características de la medicina occidental y del sistema colombiano de salud. Se quejan de que la medicina occidental enfatiza exclusivamente en los aspectos biológicos de la salud y la enfermedad. Además, sostienen que el sistema de salud presenta muchas barreras administrativas para acceder a los servicios, tales como horarios restringidos y trabas para obtener una cita. La siguiente entrevista refleja esta búsqueda:

La verdad es que yo siento que tengo un problema con la medicina alopática; su enfoque es generalmente parcial y demasiado superficial. Es peor cuando ellos tratan un problema que no es sencillo, como una enfermedad crónica o un problema de tipo alérgico y algunas enfermedades inmunológicas. Ellos ven el asunto desde el punto de vista del especialista y no miran el problema en su totalidad ni van más allá, así que uno tiene que estar consultando constantemente a especialista tras especialista para tratar de juntar un rompecabezas de soluciones. (Hombre, 44, estrato 6).

Por último, en esta investigación no se hallaron diferencias entre el uso de medicina alternativa y medicina tradicional en relación con el sexo de los entrevistados ni con el tipo de afiliación a la seguridad social.

Discusión

Los resultados de este estudio evidencian que las prácticas de medicina tradicional son todavía una elección que muchos colombianos consideran. Esta persistencia de la medicina tradicional —incluidas sus dos ramas: la medicina mágico-religiosa y el curanderismo— tiene

raíces en el intenso mestizaje ocurrido en el período de la conquista entre españoles, africanos e indígenas, en lo que constituyó la base de la población colombiana actual.¹⁶ Este intercambio incluyó, entre otras cosas, un aprendizaje mutuo sobre las formas de curar. Después del intercambio inicial, la medicina tradicional sobrevivió debido a que, por muchas razones, hasta el siglo xx fue el único recurso curativo disponible para la mayor parte de la población.

La jerarquía de la Iglesia católica y algunos defensores de la medicina occidental han tratado de abolir las prácticas y creencias de la medicina tradicional por diversas razones. Desde la edad media, la Iglesia católica las considera contrarias a su doctrina, pues las asocia —especialmente la medicina mágico-religiosa— con la brujería.¹⁶ Esta actitud ha sido ratificada por la Iglesia católica en los últimos años, pues considera que recurrir a la magia y la brujería, aun en los casos en que se busca la salud de una persona, contradice el primer mandamiento: adorar a Dios por sobre todas las cosas.¹⁷

Esta visión de la Iglesia explica, quizás, por qué algunos entrevistados asocian algunas prácticas de la medicina tradicional —como las ejercidas por rezanderos y hierbateros— con la brujería, y las consideran una ofensa a la religión católica.

Los resultados de esta investigación indican que, a pesar del trabajo llevado a cabo por la Iglesia católica y por la medicina occidental, el papel de los rezanderos y los hierbateros persiste bajo una denominación nueva. Al comparar las descripciones encontradas en algunos estudios sobre la medicina tradicional en Colombia,¹⁶ con descripciones hechas por algunas personas entrevistadas en esta investigación, se puede concluir que muchos de los médicos bioenergéticos y naturistas que atienden especialmente a personas de estratos 1 y 2 no son profesionales de la salud y que, aunque se hayan autonombrado con esas nuevas denominaciones —además de otras como *homeópatas* o *botánicos*—, conservan las prácticas que diferencian la medicina tradicional de otras terapias, tales como:

- a) utilización de plantas medicinales preparadas (secadas, maceradas y empacadas) por ellos; algunas de estas plantas fueron traídas por españoles y han sido utilizadas en Latinoamérica por varios siglos;
- b) explicación, en ocasiones, de la etiología de las enfermedades desde una visión mágico-religiosa (maleficios);
- c) realización de rituales en que dicen transmitir a sus medicinas el poder curativo del que ellos han sido supuestamente dotados.

A pesar de la persistencia de la medicina tradicional, es importante destacar que de las conclusiones de esta investigación no se puede inferir que existe un conjunto excluyente de sistemas médicos. Las personas que buscan un rezandero o un hierbatero no tienen necesi-

riamente una concepción de salud y enfermedad que excluya la medicina occidental. Lo que parece que sucede es una búsqueda ecléctica de recursos en los que la medicina tradicional tiene todavía un lugar relevante, especialmente para personas con menor nivel educativo. Estas personas integran las creencias y prácticas de la medicina occidental y la medicina tradicional, aunque ocasionalmente estas prácticas parezcan ser mutuamente excluyentes.

La búsqueda de recursos de medicina tradicional varía según el estrato socio-económico de las personas y su nivel educativo. Es escasa entre personas de estratos superiores, especialmente entre los que tienen educación superior e, incluso, entre los que han completado la secundaria. El único elemento de la medicina tradicional que se conserva en todos los estratos sociales es el uso de plantas medicinales, aunque con objetivos diferentes. Los entrevistados de estratos 1 y 2 tienen un patrón de uso de plantas medicinales que parece conservar el legado de la medicina mágico-religiosa. Según Gutiérrez de Pineda y Vila de Pineda,¹⁶ en la medicina tradicional colombiana existen tres modalidades de uso de las plantas medicinales: a) las hierbas con poderes mágicos que supuestamente sirven para solucionar problemas financieros o afectivos o para causarle enfermedad a alguien, b) el uso de hierbas que curan por semejanza y c) plantas que tienen poder curativo natural.

Los entrevistados de estratos 1 y 2 usan plantas medicinales bajo las tres modalidades referidas. Por ejemplo, cuando se cree que una enfermedad se debe a la acción de otra persona, se utilizan plantas con supuestos poderes mágicos. El pistilo de la azucena se utiliza para curar enfermedades del aparato genito-urinario femenino a causa de su semejanza morfológica. También usan plantas del tercer grupo con componentes naturales para aliviar algunas enfermedades, tales como laxantes, antiparasitarias y antibacterianas. Los entrevistados de estratos 3, 4, 5 y 6 utilizan básicamente plantas medicinales del tercer grupo.

Las personas de estratos 1 y 2 tienen usualmente dificultades financieras para el acceso a los servicios institucionales de salud, que posiblemente ha contribuido a la conservación de la medicina tradicional, pero esta no es la razón principal, o por lo menos no es la única. En todos los casos, los usuarios reportaron que estos tratamientos son más costosos que los realizados en las instituciones del sistema de salud. Es decir, se trata de razones culturales que lleva a algunas personas a, confiar en ciertos casos, más en las terapias de medicina tradicional y en sus practicantes que en las ofrecidas por la medicina occidental.

La manera en la que medicina alternativa se ha asimilado en Colombia parece repetir el patrón con el que se asimiló la medicina occidental.¹⁸⁻²⁰ El caso más em-

blemático es el de la bioenergética. En los sectores tradicionales se ensambla de manera tal que no colisiona con la medicina tradicional y, en lo fundamental, utiliza sus principios curativos y sus formas de concebir las enfermedades. En los estratos de mayores ingresos es ejercida por profesionales egresados de las facultades de medicina, sin que riña con la medicina occidental.

Como se mencionó, algunos de los llamados médicos bioenergéticos visitados por personas de estratos 1 y 2 son realmente rezanderos o hierbateros. En contraste, los médicos bioenergéticos, frecuentados por personas de estratos superiores, utilizan teorías y prácticas venidas especialmente de Europa y Asia; algunos de ellos son graduados en Colombia y han estudiado por periodos cortos en países europeos.²¹ Estos médicos no dan una explicación mágico-religiosa a las enfermedades. Además, en ocasiones utilizan o complementan sus tratamientos con nociones derivadas de la anatomía y la fisiología de la medicina occidental.

Dos elementos se pueden inferir de los hallazgos de esta investigación: a) la medicina alternativa en Colombia se ha asimilado siguiendo los senderos establecidos históricamente por la medicina tradicional y la medicina occidental y b) ese hecho refleja la habilidad de acomodación-negociación de la medicina tradicional, ya no solo con la medicina occidental, sino también con corrientes nuevas, como la medicina alternativa, conservando sus pilares y asegurando su supervivencia.

En relación con el uso de bioenergética, acupuntura y homeopatía, que como se mencionó es propio de los estratos superiores, las conclusiones de este estudio coinciden con otras investigaciones realizadas en otros países,²²⁻²⁴ en las cuales se encontró que algunos pacientes buscan la medicina alternativa como resultado del descontento con la medicina occidental y con los sistemas de salud. Se trata de personas en búsqueda de tratamientos que incorporen otras dimensiones de la existencia humana en el diagnóstico y en el tratamiento de sus enfermedades.

Los hallazgos no coinciden con los resultados de otros estudios, realizados especialmente en Estados Unidos, en los cuales se asocian grandes conglomerados financieros, como las cadenas de supermercados y las compañías de seguros de salud, con la promoción de la medicina alternativa.²⁵ Aunque este estudio no se concentró en ese tema, según la información de los entrevistados, la mayoría de las medicinas prescritas se venden en los mismos centros médicos y no en las cadenas de supermercados, ni estas cadenas tienen sus propias marcas de productos naturales, como ha sucedido en Estados Unidos. Con respecto al papel de las compañías de seguros de salud, al contrario de lo sucedido en aquel país, en Colombia la mayoría de ellas no incluye estas terapias en su plan de beneficios y los usuarios deben pagar con sus propios recursos.

Los resultados de esta investigación podrían considerarse desde dos perspectivas: la de las políticas de salud y la académica. En relación con las primeras, es necesario recordar que la medicina tradicional, como cualquier otro recurso terapéutico, tiene riesgos y beneficios. Estos últimos se relacionan con el hecho de que algunas personas sienten a los curanderos y rezanderos como alguien cercano a sus costumbres, que vive en su vecindario y habla su idioma. Los riesgos de la medicina tradicional se presentan porque a veces la practican personas que trabajan solo por lucro, sin el conocimiento básico acerca de principios de fisiología y anatomía humana. A veces ellos llegan a diagnósticos completamente equivocados o realizan tratamientos errados que puede llevar al empeoramiento de la salud del paciente.

La medicina alternativa —buscada especialmente por personas de estratos superiores (bioenergética, acupuntura y homeopatía)— tiene también riesgos y beneficios. Los últimos radican en que utiliza instrumentos con menos efectos secundarios, los médicos dedican más tiempo a sus pacientes y están generalmente más conscientes de las influencias de su mundo emocional en el proceso curativo. Los riesgos se deben a que, al igual que la medicina tradicional, carece de regulación gubernamental. Como no se requiere de formación profesional para ejercerla, muchos profesionales se auto-califican como bioenergéticos, acupunturistas u homeópatas y utilizan estos instrumentos sin conocer las bases de esas disciplinas; esas terapias tampoco son inocuas.

Como se observa en algunas de las entrevistas, debido a la falta de regulaciones por parte de instituciones gubernamentales sobre el ejercicio de la medicina tradicional y la medicina alternativa, algunos terapeutas de ambas modalidades cobran a sus pacientes precios más altos que los de las instituciones del sistema de salud. Los precios se establecen sin considerar los ingresos de los pacientes, así que los más pobres acaban invirtiendo un mayor porcentaje de sus ingresos en la asistencia médica.

En materia de políticas de salud, las autoridades deben clarificar qué elementos de la medicina tradicional colombiana constituyen un legado histórico que puede ser útil para mejorar la situación de salud de la población. Estos recursos se tienen que diferenciar de aquellos que aumentan el porcentaje que las personas, especialmente las de menores ingresos, invierten en su salud en la forma de gasto directo de su bolsillo y que resultan no solo más costosos sino, en ocasiones, peligrosos para su salud.

En el plano académico, se evidencia la constante evolución y acomodación de la medicina tradicional, así como las búsquedas que las personas hacen para satisfacer sus necesidades en salud y sus expectativas en

relación con sus conceptos de salud y enfermedad. Estas búsquedas y aspiraciones de la población son un reto para la formación de los profesionales de salud, pues generan interrogantes a la visión occidental hegemónica de la concepción de la salud y la enfermedad.

Finalmente, hay que destacar que este fue un estudio exploratorio acerca de las elecciones en salud de los habitantes de Medellín. Otras investigaciones al respecto son necesarias para develar otras dimensiones del mismo objeto de estudio. Por ejemplo, es necesario realizar estudios cuantitativos para establecer la cantidad y el tipo de practicantes, así como el porcentaje de población usuaria, de la medicina tradicional colombiana y de la medicina alternativa para establecer las políticas públicas respectivas y monitorear los cambios culturales en materia de salud de la población.

Agradecimientos

La autora agradece la financiación de la Escuela de Nutrición y Dietética de la Universidad de Antioquia para la realización de esta investigación. Además, los comentarios y aportes científicos de los profesores Kristine Jones, Jack Salmon, Daniel Swartzman, Susan Scrimshaw y Ben Greenspan de la Universidad de Illinois, en Chicago.

Referencias

1. Frohock MF. *Alternative medicine, spiritual communities, and the state*. Chicago: Chicago University Press; 1992.
2. Vila de Pineda P. *Medicina tradicional en Colombia*. En: Pinzón C, Roldan M. eds. *V Congreso Nacional de Antropología. Curanderismo*. Bogotá, D. C.: Icfes. Instituto Colombiano de Antropología y Cultura; 1989.
3. Estados Unidos. *Institute of Medicine. Complementary and Alternative Medicine in the United States*. Washington, D. C.: The National Academic Press; 2005.
4. Valero S. *Algunos aspectos de la medicina bioenergética en Colombia, un estudio de antropología aplicada [tesis de maestría]* Medellín: Universidad de Antioquia; 1995.
5. Glaser B, Strauss A. *The discovery of Grounded Theory: Strategies for qualitative research*. Nueva York: Aldine de Gruyter; 1967.
6. Strauss A, Corbin J. *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks: Sage Publications; 1998.
7. Scrimshaw S, Hurtado E. *Rapid assessment procedures for nutrition and primary health care. Anthropological approaches to improving program effectiveness*. Los Angeles: The United Nations University, Unicef/United Nations Children's Fund, UCLA Latin American Center; 1987.

8. Scrimshaw NS, Gleason GR. Rapid Assessment procedures. *Qualitative Methodologies for planning and evaluation of health related programs*. Boston: International Nutrition Foundation for Developing Countries; 1992.
9. Miles M, Huberman M. *Qualitative data analysis. An expanded sourcebook*. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 1994.
10. República de Colombia. Congreso de la República. Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud. Ley 100 de 1993. Bogotá, D. C.: Congreso de la República, 1993.
11. Fundación Corona, Fundación Antonio Restrepo Barco, Fundación Santa Fe, Universidad del Rosario, Casa Editorial El Tiempo, Universidad de Antioquia. *Así vamos en salud. Cobertura del sistema nacional de salud*. [Sitio en Internet]. [7 de Junio de 2006] Disponible en <http://www.asivamosensalud.org/quienes/Default.htm>
12. Britten N. Qualitative interviews in medical research. *BMJ*. 1995; 311 (6999): 251-3.
13. Mruh T, Carvajal D, traductor. *Atlas. ti 5.0 : the knowledge workbench*. [Monografía en Internet] 2005 [7 de Junio de 2006] Berlín: Scientific Software Development; 1999 <http://209.85.165.104/search?q=cache:J-fQpE--wFwJ:www.javeriana.edu.co/Facultades/Educacion/html/programa/maestria/I-07/material-clases/Intro-Taller-ATLAS.ti.pdf+atlas/ti+5.0&hl=es&ct=clnk&cd=7&gl=co>
14. Creswell JW. *Research design qualitative, quantitative and mixed methods approach*. 2ª ed. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 2003.
15. Denzin NK. *Sociological methods. A source book*. 2ª ed. Nueva York: McGraw-Hill; 1978.
16. Gutiérrez de Pineda V, Vila de Pineda P. *La medicina tradicional en Colombia*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 1985.
17. Iglesia Católica. *Catecismo de la Iglesia Católica*. [Internet]. [4 de Diciembre de 2005] Disponible en: http://www.vatican.va/archive/catechism_sp/p3s2c1a1_sp.html
18. Quevedo E. *Historia social de la ciencia en Colombia: medicina*. Bogotá: Colciencias; 1993.
19. Quevedo E. *De la higiene a la salud publica en Colombia la segunda mitad del siglo xx*. En: Guerrero J, editor. *Medicina y salud en la Historia de Colombia*. Tunja: Asociación Colombiana de Historiadores, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia; 1997.
20. Quevedo E, Duque C. *Historia de la cátedra de medicina en Colombia 1653-1865*. Bogotá: Universidad del Rosario; 2002.
21. Asociación de médicos investigadores en terapéuticas alternativas AMIT. [Sitio en Internet]. [4 de Diciembre de 2005] Disponible en: <http://www.medalternativa.com/>
22. Vincent C, Furnham A. Why patients turn to complementary medicine? An empirical study. *Br J Clin Psychol*. 1996; 35(Pt 1):37-48.
23. Furnham A, Kirkcaldy B. The health beliefs and behavior of orthodox and complementary medicine clients. *Br J Clinical Psychol*. 1996; 35(Pt 1):35:49-61.
24. Berliner HS, Salmon JW. Holistic alternative to scientific medicine. *Int J Health Serv*. 1980; 10(1):133-44.
25. Goldstein M. The emerging socioeconomic and political support for alternative medicine in the United States. *The Annals of American Academy of Political and Social Science* 2002; 583(1): 44-63.