

## **EL CUIDADO DE LA SALUD EN EL SECTOR POPULAR**

Joaquín Salvador LIMA RODRÍGUEZ,  
Marta LIMA SERRANO,  
Rosa M<sup>a</sup>. CASADO MEJÍAS,  
Fátima ARMENTEROS ESPINO.  
Universidad de Sevilla

La salud y la enfermedad, son conceptos relativos, nunca bien definidos, que a lo largo de la historia se han percibido de forma distinta en las diferentes culturas. Esta percepción esta influida por aspectos socioculturales, económicos, contextuales, etc. Estamos hablando, por tanto, de dos constructos culturales que, aunque universales, están dotados de distintos significados, en función del punto de vista de aquellos que los definen.

Se considera que el hombre es un ser biosicosocial y, por tanto, que la enfermedad está constituida por tres dimensiones: La biológica, que expresa la falta de salud física, la psicológica, que refleja como la enfermedad es traída a la conciencia de la persona que la padece y la social, que se refiere al proceso por el cual la enfermedad es reconocida socialmente, lo que permite el desarrollo de intervenciones específicas, y también al modo en que ésta repercute sobre el individuo como miembro de una sociedad en la desempeña determinados roles. Estas dimensiones constituyen un todo inseparable, que se ve alterado cuando una persona enferma.

Según Kleinman, en cualquier sociedad compleja, se distinguen tres sectores de cuidados solapados: El popular, el profesional u oficial y el folk o alternativo, a los que las personas, consideradas como asistibles, se dirigen para conseguir el conocimiento, el asesoramiento o el remedio adecuado para resolver su problema de salud.

El sector popular de cuidados es un sector no profesional, en el que la mayor parte de los cuidados se dan entre personas relacionadas por lazos de parentesco, amistad, trabajo. Esto hace que, tanto el asistible como el asistente, compartan una misma cosmovisión respecto a la salud, la enfermedad y la forma de cuidarlas, por lo que los malentendidos son raros. En este ámbito se reconocen y definen inicialmente los problemas de salud y se inician los cuidados. La mayor parte de las decisiones, que se toman en este espacio, tienen que ver con: a quién consultar, la demanda de ayuda a otros sectores, si seguir o no las prescripciones, o las evaluaciones de la eficacia del tratamiento.

El sector profesional o especializado oficial, incluye a un conjunto de profesionales pertenecientes a disciplinas organizadas y sancionadas legalmente como la medicina

occidental, la enfermería, la odontología, la fisioterapia, etc., que trabajan de forma privada o integrados dentro del sistema nacional de salud que, dado su carácter público, universal y gratuito en un número importante de prestaciones, absorbe a la mayoría de los profesionales. En el sistema sanitario occidental, se utiliza un modelo asistencial medicalizado, que gira en torno a la identificación de síntomas considerados reflejo, directamente dependiente, de un origen patológico específico.<sup>1</sup>

La gestión de la salud se estructura universalmente en torno a procesos asistenciales, esto es, en itinerarios que siguen las personas consideradas socialmente asistibles y sus redes sociales hasta la resolución de la situación. Estos procesos se conforman como un conjunto de prácticas observables, que incluyen un complejo sistema de evaluación, de toma de decisiones, percepciones y representaciones de la realidad. Se estructuran sobre la base de representaciones e imágenes culturales, que constituyen saberes y orientan las prácticas asistenciales.

El desarrollo de un proceso asistencial viene determinado, entre otras variables culturales, por las creencias acerca de lo que es la salud, la enfermedad y las acciones necesarias para mantener la primera y evitar o tratar la segunda, los conocimientos, las experiencias previas, los recursos, de los que intervienen en el proceso, los efectos sobre las ocupaciones, roles, relaciones o las expectativas y deseos de la persona enferma. Generalmente, dicho proceso se inicia en el sector popular, para posteriormente, si no es posible resolver el problema o por cualquier otro motivo, considerar la conveniencia de consultar con el sector oficial. En este caso la persona y su familia se somete a un nuevo proceso asistencial, el desarrollado por los profesionales sanitarios. Cada uno de estos procesos responden a lógicas distintas que se traducen en prácticas asistenciales, en ocasiones, contradictorias, pudiendo originar en el asistible sentimientos de desconfianza, insatisfacción, que generan quejas, reclamaciones, incumplimiento de las indicaciones o abandono del proceso.

En nuestra opinión, es necesario descubrir las contradicciones que se producen entre los procesos asistenciales desarrollados en cada sector, para propiciar el dialogo entre estos. Dado que en nuestro entorno, la mayoría de los cuidados se imparten en los sectores popular y oficial, en una primera etapa, estamos procediendo al análisis de

---

<sup>1</sup> Good B.J. y Good M.J.D. "The Meaning of Symptoms: a culture Hermeneutic Model for Clinical Practice". En EISENBERG L. y Kleinman A. The relevance of social Science for Medicine, Reidei, Drodechr, 165-96. 1981.

relatos<sup>2</sup>, obtenidos a partir de entrevistas en profundidad, realizadas a informantes pertenecientes al sector popular, que ponen de manifiesto alguna de las contradicciones existentes entre ambos.

El sector popular de cuidados, en nuestro entorno, utiliza a la familia como principal institución asistencial, siendo generalmente la mujer la que asume el rol de cuidadora al ejercer como madre, esposa o hija de padres dependientes.

*Yo consulto con mi hija. ¿Con quién lo voy a consultar?, con mi hija.../...Afirma Pepa*

*En casa se comenta todo. Vamos, cuando vienes del médico. ¿Que te ha dicho el médico?. Pues, esto y lo otro. En casa se comenta todo. No porque sea niño no comentamos que la hermana tiene la regla. Bueno, en mi casa se comenta todo. (Inmaculada)*

En segundo lugar son los amigos y compañeros de trabajo los que asumen el papel de asistente:

*Fuera de mi familia a mis amigas las tengo bombardeas, no me callo, hablo y hablo y hablo y me escuchan. No me dan consejos pero hablamos, intercambiamos opinión. Y sí me sirve, me ayudan.. Nos encontramos un grupito de cuatro o cinco que nos llevamos muy bien y hablamos. Pero, sobre todo tres que estamos muy unidas y nos contamos cosas. (Rita)*

En la comunidad encontramos, junto a los grupos de autoayudas (dedicados al apoyo, asistencia y protección a personas afectadas por problemas concretos: disminuidos físicos y psíquicos, hidrocefalia, etc.), otros que, aunque entre sus fines no especifican el cuidado de sus miembros, se convierten en un espacio propicio para la ayuda y el cuidado.

*“Y gracias que tenemos la asociación, porque en la asociación de mujeres nos reunimos más y si no fuera por la asociación estaríamos mal, yo por ejemplo no podría estar sin la asociación prácticamente. Porque yo me veo sola, mi hijo trabajando, mi marido trabajando y yo todo el día en la casa me siento muy sola. Yo sin la asociación no puedo”. (Rita).*

En el sector oficial, es el médico quien sanciona la consideración de asistible y asume la dirección del proceso asistencial, estableciendo unas relaciones asimétricas de poder, basadas en el conocimiento. El sector popular de cuidados, se basa en una serie de relaciones informales, de duración variable, en la red social del asistible. Aunque en este sector, los roles pueden cambiar en el tiempo, convirtiéndose el asistible en consejero y viceversa, existen determinados individuos que tienden a actuar como asesores más a menudo que otros. Suelen ser aquellos con los que se establecen relaciones de confianza basadas en la amistad, su conocimiento y experiencia en

---

<sup>2</sup> Lima J.: Estudio del sector popular de cuidados de la salud en nuestro entorno. Universidad de Sevilla. Tercer ciclo. Sin editar. Sevilla. 2002

problemas de salud o en determinados acontecimientos (multíparas, criadoras de varios hijos). En este sector, el asistible elige a la persona que actúa como asistente, asesora, consejera. Como nos dice Inmaculada:

*Yo con la Manoli, pero es que Manoli tiene todas las enfermedades. Si Manoli la de Blas, yo es que soy muy amiga de ella, yo soy muy amiga de la Manoli. Manoli es que tiene todas las enfermedades. To lo tiene ella, y sabe de to, sí, sí, sí. Me duele aquí, y tómate esto, que es muy bueno y tómate aquello. Sí, sí, sí.. Yo, mis cosas así, solo con la Manoli (Inmaculada)*

Sin embargo, cuando la demanda se canaliza hacia el sector oficial, en la mayoría de los casos, el profesional viene asignado, aunque desde los responsables políticos se proclama la libre elección de médico o de hospital, la realidad es muy distinta.

*Mi médica, pa mi gusto... muy nerviosa, es buena persona, pero es muy nerviosa. No te atiende, no te mira a la cara, no..., no te acoge. Tu llegas allí y tu quieres mas calor de esa persona. Tu llegas allí y esa persona no, a escribir, a escribir, a escribir. Es una muchacha muy entrante, muy, que se puede hablar con ella.../... Te hace las ecografías y ¡Está todo muy bien, esto esta estupendo, esto está estupendo!, igual tienes una colección como yo tengo de 200 cc de pus y ¡Esto está estupendo!. Entonces es que la verdad, es que no. Y además, es que cuando me toca ir a verla, no quiero ni ir a verla. Me gustaría que hubiera otro médico, que no tan alegre, que no vea las cosas así. (Eloisa)*

Además, el asistible no puede valorar la competencia del profesional al no disponer de información sobre sus conocimientos, experiencias, éxitos o fracasos profesionales, etc.

*Cómo médico, no te puedo decir que tal médico es. Te lo digo sinceramente porque no lo sé. El trato con los pacientes es el idóneo, es un hombre que llega y se sienta en la cama, te da una confianza, te escucha, le puedes preguntar, te contesta. En ese aspecto es... Y no creo que sea mal medico, porque bueno, no crea que sea malo, lo que pasa es que ahí y no se yo, porque ahí tampoco entiendo. (Eloisa)*

Cuando una persona percibe manifestaciones, que le hacen pensar en la existencia de un problema de salud, suele buscar una explicación a su situación. En el sector popular de cuidados, descubrimos explicaciones satisfactorias para sus miembros, que para otros sectores resultan poco científicas o inadecuadas.

*Mi madre tuvo cuatro niñas y tres varones. Pero los niños se le morían y este niño, tenía ya nueve meses, tenía un pelo negro precioso y lo peinaban con un quiriquí en la cabeza; y lo llevaba mi madre en brazos, y dice que una lo achuchó y le dijo: ¡Ay! que niño más lindo. Y dice que llego a mi casa y el niño empezó a ponérsele malo, ¡Malo, que se le murió!. Y dice que*

*le echaron un mal de ojos. Y mi madre decía que sí, que era un mal de ojos que le habían echao al niño. Yo no se sí eso existe o no existe. Pero mi madre lo juraba, que a ese niño le habían echado un mal de ojos. (Pepa)*

Para Dolores, la bebida, o tal vez la herencia, son la responsable de la impotencia de su marido: *Solamente tengo un hijo y quería haber tenido más, pero no podía ser. Pero no por mí, yo no tenía la culpa. Yo soy clara, mi marido tenía impotencia de toda la vida. Mi marido iba al médico, pero no conseguía na, no conseguía na. Lo de la impotencia, yo digo que sería porque de mu joven empezaron a darse de hombre y a lo mejor bebían mucho. O eso, vendría de familia, porque el hermano suyo, el hermano suyo igual, porque me lo contó a mi la mujer, y también le daba bien. Por eso, te digo que, es que en los pueblos sí se bebía mucho, un pueblo en el que había muchas fábricas de aguardiente. Y eso, se creían más hombres porque bebieran. ¡Una mierda pa ellos!. (Dolores)*

A veces, es la climatología: *A mí me duelen mucho las piernas, que me duelen mucho las piernas, pero es que yo a mis vecinas no tengo más que decirle, prepararse que va a llover. Y ellas dicen: ya le están doliendo a esta mujer los callos, ya le están doliendo los juanetes. Y acierto....*

Inmaculada, en cambio, encuentra otras explicaciones: *Yo soy una persona que estoy llorando y estoy comiendo. Y yo digo: ¡ Si yo tengo tanta pena, ¿por qué tengo que comer?, si yo no tengo por qué!. Y yo estoy llorando y estoy comiendo. Entonces ahora me ha subido más la azúcar. Dice que esa azúcar es de la que, esa que por un disgusto o por algo se dispara. Po será de esas la mía.../...A Domingo le entró también azúcar, pero le entró, cuando lo de Hytasa, ¿te acuerdas? Cuando lo de Hytasa, que lo cerraron, que no nos pagaban, que pito, que rabanito. Entonces eso le causó a él, vamos le entró hasta azúcar. Y desde entonces sí, tiene azúcar. ¿No sé sí?. Nos dijeron que sí, que podía ser del estado de nervios, sí, sí, sí.*

Como podemos observar, el mal de ojos, las condiciones climatológicas, las emociones, la situación laboral, pueden ser causas explicativas para los miembros del sector popular. En otros caso se recurre a la edad, los alimentos, el casamiento, o la mala suerte.

El sector oficial utiliza un “modelo explicativo” para encajar los signos, síntomas y manifestaciones en un sistema clasificatorio, para establecer un diagnóstico e instaurar un tratamiento organicista. Pone el acento en la búsqueda de datos objetivos, obtenido a través de técnicas diagnósticas, (radiografías, electrocardiograma, análisis de sangre, etc), que expliquen la anormalidad, a partir de: alteraciones encontradas en la estructura anatómica (morfología), la existencia de taras genéticas o agentes patógenos en el organismo (etiología), o la existencia de constantes vitales o actividades orgánicas

fuera de los límites estadísticos de normalidad (fisiología)<sup>3</sup>. Así, aunque se considera que muchas enfermedades tienen un origen multifactorial, cada vez más se acentúan los factores genéticos, inmunitarios o metabólicos, aun en aquellos casos en que los estudios epidemiológicos no son concluyentes. Cuando para el sector popular, lo desconocido se explica desde una fuerza sobrenatural: “*Porque Dios lo ha querido*”, para el sector oficial la explicación se busca cada vez más en la genética.

Cuando estudiamos la construcción del proceso asistencial, evidenciamos que, en cada ámbito de cuidados, se establecen distintas prioridades, en función de su modelo explicativo, que marca los pasos a seguir. Como decimos, el médico precisa establecer el diagnóstico, ya que, en su modelo, éste se convierte en la piedra filosofal que sustenta, en un primer momento todo el proceso, de forma que la carencia de un diagnóstico impide el establecimiento del tratamiento definitivo, ya que es el primero el que argumenta y justifica el segundo. Como recoge el profesor Uribe<sup>4</sup>, en palabras de un médico informante: *Yo no tengo por qué poner un tratamiento definitivo el primer día. Yo en principio, en principio la mayoría de la gente viene por cosas absolutamente banales. Es decir, por cosas muy simples.(....). Entonces ¿qué pasa? Que yo habitualmente, como la sintomatología que estás viendo es tan “gilipollas” y tan banal, realmente ¿cual es el motivo de la consulta?. Pues no sabes, no sabes cuál es.*”

Es por tanto, la búsqueda de datos objetivos que identifiquen anormalidades, para encuadrar la situación dentro de una etiqueta diagnóstica, la que establece la prioridad médica. En el sector popular la explicación no requiere de estudios exhaustivos, por lo que la prioridad se sitúa en la resolución de aquellos síntomas y manifestaciones, que implican una mala calidad de vida y dificultan la cotidianidad.

*Le dije al médico: Que yo el sentido que le veo al ingreso es remontarla y no veo que las pautas vayan por ahí. El me dijo: bueno, le he pedido un TAC abdominal y torácico para ver si hay alguna masa en algún sitio...Entonces yo le dije que a mí me daba igual. Es que eso me daba igual. La causa de la diarreas, es que a mí me daba igual. El tipo de cáncer o el tipo de lo que sea. Yo lo que quiero es un tratamiento paliativo. Yo no se si es por su visión biomédica, de encontrar un diagnóstico, será estupendo pero, realmente, el diagnóstico a mí me daba lo mismo. Y yo no se si es por su obsesión de diagnóstico tratamiento, cuando además, de haber encontrao el diagnóstico, ¿qué tratamiento ibas a poner?. ¿Que cirujano iba a meter mano. con la edad y el estado de mi abuela?...Y yo pensaba: “bueno mi abuela se irá a su casa con las*

---

<sup>3</sup> Sánchez Moreno A. Et al. Enfermería Comunitaria 1. Concepto de salud y factores que la condicionan. McGraw-Hill. Interamericana. Madrid. 2000.

<sup>4</sup> Uribe JM. Educar y curar. El diálogo cultural en atención primaria. Ministerio de Cultura. Madrid. 1996

*úlceras, escarada por todos lados, con el dodotis y con un cartel, para colgar, con el nombre del diagnóstico...Yo no me voy a plantear una colonoscopia con mi abuela, pero sí, un tratamiento paliativo, o al menos sintomático. Que si hay que nutrirla, bueno, pues se le pone el suero, se le pone el suero y una nutrición parenteral durante un tiempo, que se hidrate un poco y se va a casa y ya está. No pretendo nada más..Y luego, el tiempo que esté que tenga la mejor calidad de vida posible. (Carmen)*

Como apreciamos, las prioridades con frecuencia se contraponen, el diagnóstico, frente a la calidad de vida. Esto explica que en el sector oficial, cada vez más, en la fase de estudio previa al diagnóstico, la comunicación verbal, en la relación médico-paciente, pierda protagonismo, procediéndose a la sustitución de la palabra por pruebas diagnósticas, que para muchos profesionales resultan más concluyentes, dado que nos encontramos ante una disciplina, considerada científica, que prima lo objetivo frente a lo subjetivo.

*“Cuando tienes una cosa y vas allí y sabes que ni siquiera te van a escuchar, pues dices para que voy a ir y no vas” (Luisa)*

Esto implica realizar un análisis reduccionista, en el que el profesional, en base a sus conocimientos, redefine aquello que se le cuenta, validando alguna de las razones aducidas por el asistible y refutando otras, para sistematizar la información obtenida hasta que encaje en su esquema clasificatorio. Por tanto, no se considera, se deja fuera, gran cantidad de información, que resulta fundamental para entender el significado, las consecuencias y hasta el modo en que la enfermedad afecta a la persona en todas sus dimensiones.

Como afirma Carmen: *Realmente yo tenía la sensación, de que el médico no conocía nada a mi abuela, no sabía nada de mi abuela. Lo único que sabía era lo que estaba escrito ahí que, además, lo había escrito él. Y yo tenía la sensación como de incompreensión, como de que no había llegao a conocer a mi abuela...Además, como veía que el proceso iba mal encaminao, yo entendía que es que no había llegao a comprenderla y a conocerla y por eso iba mal encaminao. Por eso él quería saber el diagnóstico a costa de todo, porque no la conocía...No conocía su vida, su vida, su actividad. No se, incluso su manera de ser. No se. Ves a alguien postrado en la cama y dices: Pero, ¿ese es su estado de animo normal?. Yo no creo que él lo supiera. O si mi abuela era más alegre o menos o si hablaba más o menos. Todo eso es fundamental en una enfermedad. Y sobre todo eso, el decaimiento que tenía ella por su patología. Y yo veía que no sabía nada de ella, ni de su actividad, ni que hacía en casa, porque, hay un antes y un después del proceso y yo creo que de eso no sabía él nada...El únicamente se ceñía a los signos y síntomas que presentaba y a la analítica. Datos objetivos que bueno era*

*evidente lo que estaba pasando. Nadie se lo estaba inventando. Pero lo que es su vida, lo que hace, lo que siente, incluso de cómo lo manifiesta. Si ha dejado de ver la televisión y antes la veía. ¿Qué se yo? O sus ocios. Su vida. Conocerla.*

En el sistema sanitario se habla del diabético, hipertenso o bronquítico, reduciendo a la persona a su enfermedad y descontextualizándola de su realidad social. Para el sector popular de cuidados, la enfermedad, ya sea la diabetes, el cáncer de pulmón o el reuma, no tienen significación por ellas mismas. No pueden existir en sí, existen porque se producen como efecto sobre las ocupaciones, las actividades, las expectativas, los deseos de alguien. Estos son los lazos de significación que deben descodificarse para que los cuidados sean apropiados, es decir, tengan en cuenta a la vez los imperativos que tejen la vida cotidiana y las modificaciones fisiopatológicas causadas por la enfermedad.<sup>5</sup>

La cotidianidad viene marcada por el desempeño de una serie de roles que incluyen: la realización de una serie de actividades vitales, la asistencia al trabajo, las relaciones en el entorno familiar y con las redes sociales, que, como afirma la mayoría de las personas que hemos estudiado, se ven afectados con la enfermedad, reflejándose además en sus estados de ánimo.

*“Todo esto me sienta fatal, me pongo muy irritable, no quiero que me hablen, cuando me hablan contesto mal, además bajo, bajo mi rendimiento de trabajo.” (Luisa)*

*“Me ha fastidiado, ya te digo, mi trabajo me lo esta fastidiando. Cuando yo no puede ir a la tienda va mi madre, pero ella no lleva las cosas como yo, !Ya no está ella!. ¡Ah! ¿No está Elo?, ya vendré mañana, ya vendré y se han cansado y hay mucha gente que ha ido a comprar a otro sitio.*

*También me puede fastidiar el decir, Po mira en Agosto me voy a ir a Matalascaña quince días y ahora llega Agosto y resulta que yo estoy en el hospital, bueno pues ya me ha fastidiado. Mis planes que yo tenía me los ha chafao.../... o, vámonos a Cazalla un fin de semana, ahora llega el momento de ir a Cazalla y ahora resulta que a mi me duele la barriga y no puedo ir. Y a parte del trabajo, tu vida. De ir con mis amigos y no poder.*

*Y ya te digo, la paciencia que tiene Fali, porque bueno yo con él, te lo digo sinceramente, desde que empezamos con esto en feria, yo con él no he tenido contacto ninguno. Porque mi enfermedad es mu puñetera, porque te quita las ganas de to. Yo, la mayoría de las veces, no tengo ganas. De estar con Fali nada, que para nada. Por lo visto la enfermedad ésta lo da y él se aguanta y me espera ¿sabes?.*

---

<sup>5</sup> Collière MF. “Utilización de la antropología para abordar las situaciones de cuidados. Rol de Enfermería 178-179: 71-80. 1993.



*Después a él le gustan mucho los niños y a la hora de tener un niño, yo tengo que estar super controlada y la medicación cortarla, bueno y to. Ese es otro de los problemas de la enfermedad esa. (Elo)*

Desde el sector oficial, establecido un diagnóstico definitivo o de presunción, se prescriben una serie de medidas terapéuticas, de tipo farmacológico, higiénico, intervencionista, etc., que actúan a nivel orgánico, para llevar a la persona a su recuperación física. Desde el sector popular, los cuidados se dirigen hacia las tres dimensiones de la persona que pueden verse alteradas por la enfermedad. Como dice nuestra informante, Fali, su novio, le ayuda psicológicamente, su amiga Laura en el trabajo, su madre le prepara las comidas que necesita y su hermano Carlos está para todo:

*Fali me ayuda mucho, yo le digo, por favor, mira que si dentro de poco tiempo. Bueno, ¿Que pasa?, po ya está, bueno pues vas y te curas y ya está. Además, ¿Tu porque piensas que te va a pasar?, ¡Eso ya no te va a pasar!. ¿Sabes?. Fali me ayuda mucho de coco.*

*Una amiga me lleva a los almacenes. Esta mañana me ha llamao: Elo si tienes que ir a los almacenes me llamas, que yo te llevo en el coche. Ella sabe que yo lo he pasao mal, pero ella ahora me ve mu alegre, mu contenta, entonces, psicológicamente ella ve que estoy bien, entonces ella me ayuda, no me deja que coja peso, que yo no me vaya andando a los sitios. Ella quiere que yo me vaya recuperando.*

*Y mi madre está to el día pendiente de mi. No quiere que coja las bolsas de los periódicos, las comidas me las pone... ¡Bueno, ternera!.*

*Y a mi hermano Carlos lo tendré siempre ahí pa lo que yo necesite porque el siempre está dispuesto a todo conmigo.*

Para finalizar, nos parece de interés reflexionar sobre el uso de los medicamentos, que para la medicina oficial es la medida terapéutica por excelencia, incluso cuando se aplican las de otro tipo se suelen acompañar de ésta. En el sector popular de cuidados, la utilización de fármacos es una medida igualmente usual, en forma de automedicación, aunque condicionada por una serie de consideraciones. Así, se tiende a creer que lo natural, lo elaborado a partir de plantas o de “hierbas”, no puede tener efectos nocivos para la salud, no puede hacer daño:

*“Esa pomada, que es natural, está hecha a base de hierbas y cosas que no tienen nada.” (Rita)*

*“Yo jamás me tomaría nada que me dijeran. Esas hierbas, las hierbas, porque no pueden hacer daño...” (Pepa)*

En cambio los productos farmacéuticos deben restringirse por sus efectos no deseados:

*“Los tratamientos de tantas medicinas no, no me gustan. Me da miedo a las contraindicaciones que tienen .¡¿Ah, yo que sé!, para mi que son pruebas sin revelar. Yo soy más de la medicina natural no de tomar tantas medicinas. Muchas veces voy al médico y me manda cosas y no las saco o no me las tomo, a mi me da miedo.” (Rita)*

Igualmente, no todos los medicamentos tienen la misma consideración, así se utilizan los términos de “fuertes o flojitos” para distinguirlos. Se consideran “flojos” aquellos de uso habitual, que no hacen daño, comprobada su inocuidad después de haberlos usado:

*“Yo me tomo una aspirina infantil por las mañanas, porque se lo dije al médico. Yo pienso que me irá bien. Me dijeron que era bueno para los vasos sanguíneos y para el corazón. Yo creo que eso no te puede hacer daño.” (Rita)*

Se consideran “fuertes” aquellos que tienen contraindicaciones o efectos secundarios. Al consultar el prospecto, se aprecian los efectos del medicamento, lo que puede llevar a la persona a considerarlo muy fuerte, dañino o peligroso.

*“Fui al especialista, y ya, pero en el momento que yo me vi mejor fuera, yo no quiero pastillas ¿yo voy a estar to el día atontá?. Eso sí que no. Yo sola me quité las pastillas. Las pastillas de los especialistas de los nervios son muy peligrosas.” (Pepa)*

*“Ahora ya to a base de pastillas, que algunas veces las pastillas ¿que sé yo?, los medicamentos muchas veces, lo que es conveniente para una enfermedad no es conveniente para otra. Yo no dejo de decirle a mi hijo: Hay que ver que tu padre. Es que él tuvo un resfrio muy malo y el médico le mandó muchos medicamentos y muchas inyecciones y se puso muy bien, pero esos medicamentos tan fuertes a lo mejor han hecho que se pusiera peor después ¿eh?.../... es lo que yo digo, que se le vendría el corazón abajo de tantos medicamentos...” (Dolores)*

Para concluir, podemos decir que en el estudio comparativo entre ambos sectores se observan grandes contradicciones, de las cuales hemos relatado un reducido número relacionadas con la utilización de modelos explicativos distintos, que reflejan lógicas diferentes en la construcción del proceso asistencial, según las palabras de nuestros informantes, y que originan desconfianza, insatisfacción, reclamaciones, incumplimiento de las indicaciones o abandono. Por ello, creemos que la identificación dichas contradicciones, resulta fundamental para propiciar el dialogo entre los procesos asistenciales desarrollados en cada sector, que deben confluir como un proceso único sobre la persona enferma.