

Reducción del daño: una preocupación central para la antropología médica*

Mark Nichter

El tema de la reducción del daño se ubica dentro de un área temática más extensa de la antropología: la antropología de la vulnerabilidad, del riesgo y de la responsabilidad. Esta área temática abarca el estudio de la percepción común de la vulnerabilidad, de la producción del conocimiento sobre riesgo, de las reacciones de la gente a la información sobre riesgo, de la política de la responsabilidad y de las prácticas asumidas para minimizar los riesgos en el presente y en el futuro. La reducción del daño es una expresión de control de la propia vida al tiempo que una forma de manipulación en un entorno económico político en el cual la industria de la reducción del daño está dispuesta a aprovechar las perspectivas cada vez más amplias del riesgo, de las ansiedades colectivas y de la necesidad de la gente de sentir que tiene control.

PALABRAS CLAVE: percepciones del riesgo y de la vulnerabilidad, reducción del daño, antropología médica

► 109

The topic of harm reduction is positioned within a larger thematic area in anthropology: the anthropology of vulnerability, risk, and responsibility. This thematic area encompasses the study of lay perceptions of vulnerability, the production of knowledge about risk, lay response to risk information, the politics of responsibility, and practices undertaken to minimize risk in the present and the future. Harm reduction is an expression of agency as well as a form of manipulation in a political economic environment where the harm reduction industry is poised to profit from broadening horizons of risk, collective anxieties, and peoples' need to feel in control.

KEY WORDS: perceptions of risk and vulnerability, harm reduction, medical anthropology

MARK NICTER: Universidad de Arizona, Estados Unidos
Mnichter@U.arizona.edu

Traducción: Tessa Brisac

Desacatos, núm. 20, enero-abril 2006, pp. 109-132

Recepción: 19 de septiembre de 2005 / Aceptación: 3 de octubre de 2005

* Este artículo, al que el autor ha añadido un comentario elaborado en septiembre de 2005, fue publicado originalmente en inglés, con el mismo título, en Barbara Herr Harthorn y Laury Oaks (eds.), *Risk, Culture, and Health Inequality: Shifting Perceptions of Danger and Blame*, Praeger Publishers Westport, Connecticut, 2003.

Uno de los temas más importantes y menos considerados de la antropología médica es la reducción del daño. No sólo se trata de una lógica práctica que caracteriza nuestra “edad del riesgo” sino de una de las principales maneras de abordar la prevención de la enfermedad en las culturas locales. Usando las investigaciones que he llevado a cabo en los últimos veinticinco años en contextos estadounidenses y en otros países, consideraré en primer lugar los conceptos de vulnerabilidad y reducción del daño en general, para así preparar el terreno hacia una discusión más detallada de las estrategias de reducción del daño. Después de revisar estas estrategias en el sur y sureste de Asia, ya sean muy arraigadas o de reciente aparición, me detendré en las teorías de la modernidad reflexiva y de la sociedad del riesgo (Giddens, 1991; Beck, 1992, 1996) para discutir la reducción del daño como un modo de vivir en Estados Unidos. Para terminar, insistiré en algunos temas relacionados con esta problemática que requieren de mayor profundización e investigación en un futuro.

110 ◀

VULNERABILIDAD Y RIESGO

El problema de la reducción del daño se puede ubicar dentro de un área temática más amplia de la antropología: la antropología de la vulnerabilidad, el riesgo y la responsabilidad. Esa área temática abarca el estudio de: 1) las percepciones populares de la vulnerabilidad, 2) la producción y la representación de los saberes respecto al riesgo, 3) la política de la responsabilidad asociada al “conocimiento” de un riesgo, 4) las respuestas populares frente al saber de los expertos respecto al riesgo, y 5) la reducción del daño a la vez como una manera de ejercer control¹ y como forma de manipulación.² Se recurre a prácticas de reducción del daño como una manera de

ser parte activa para disminuir sentimientos de vulnerabilidad y aumentar la impresión de tener control. Como forma de manipulación, las prácticas individuales de reducción del daño son promovidas por distintos grupos de interés para desviar la atención de los factores colectivos de riesgo que afectan la salud de una población entera. Por ejemplo, se puede desviar la atención de las condiciones laborales que exponen a la gente a factores de “riesgo” causados por el trabajo o el medio ambiente. En condiciones adversas favorecidas por políticas públicas laxistas, por ejemplo, se puede provocar que la responsabilidad de cuidarse recaiga en los individuos, convocados a monitorear su salud y adoptar un estilo de vida sano. Eso permite que aparezca una industria de la reducción del daño capaz de capitalizar el sentimiento de vulnerabilidad engendrado por la información sobre riesgos. Esa información, a su vez, proviene de profesionales de la salud, de los medios masivos de comunicación y de la proliferación de la publicidad comercial para la creciente multitud de productos de reducción del daño.

La vulnerabilidad remite a la percepción real de estar expuesto a algún padecimiento o desgracia. Es un estado de debilidad, miedo y preocupación. El concepto de riesgo tiene un sentido más complejo. En el lenguaje cotidiano se asocia con el peligro, la casualidad y la incertidumbre. En epidemiología, el riesgo se refiere a una probabilidad calculada, la probabilidad de que algo suceda (o deje de suceder) dentro de cierta población expuesta a factores de riesgo (o de protección) específicos, comparada con una población de referencia. Pero puede suceder que los miembros de un “grupo de riesgo”, a raíz de razonamientos comparativos o por factores culturales o personales que los que calculan el riesgo no consideraron, no se perciban como particularmente vulnerables a un padecimiento. Cuando la información sobre el riesgo es presentada a un “grupo vulnerable”, algunos de sus miembros desestiman el peligro porque ven a otros en el mismo grupo como menos cuidadosos o más laxos respecto a los factores que favorecen o causan el padecimiento (por ejemplo, en la dieta, la higiene, la protección ritual, la bebida, la conducta sexual). Para otros miembros de un “grupo de riesgo”, el acceso a la información puede despertar un sentimiento de vulnerabili-

¹ Se ha optado por traducir de esta manera el término *agency*, del cual no existe un equivalente exacto en español (N. del Ed.).

² Otro campo de estudio en esta área temática es la investigación-formación, que se propone desarrollar estrategias de reducción del daño en la salud pública. Ejemplos de esto serían las investigaciones que promueven programas de reposición de jeringas para reducir la transmisión del VIH y la hepatitis.

dad que, a su vez, se convierte en un factor de riesgo en sí mismo. Por ejemplo, un cálculo de riesgo a nivel poblacional que es aparentemente “objetivo” puede transformarse en un hecho social que lleve a algunas personas a asumir un “rol de riesgo” dañino para su salud.

La misma información sobre un problema de salud puede producir en algunas personas fatalismo o desinterés o, por el contrario, motivarlas para que asuman medidas básicas de prevención o de reducción del daño. Consideremos el impacto de un título de periódico que llame la atención sobre la amplia prevalencia de alguna enfermedad (VIH, obesidad, diabetes, hipertensión) o algún comportamiento dañino para la salud (fumar, beber, comer comida chatarra). El contacto con titulares de este tipo puede: 1) elevar la conciencia de una población e impulsar cambios de conducta, o 2) hacer que el problema o el comportamiento aparezcan como normales, como el “costo” a pagar por vivir en determinado entorno o ser miembro de determinado grupo social.

¿Qué lleva a alguien a sentirse vulnerable frente a un problema de salud específico? Distinguiré cinco diferentes formas de pensar la vulnerabilidad, que llevan a emprender prácticas de reducción del daño, e ilustraré brevemente estas dimensiones de la vulnerabilidad con ejemplos tomados de mi investigación en el sur y sureste de Asia.

TIPOS DE VULNERABILIDAD

Vulnerabilidad basada en algún rasgo constitutivo de la persona

Una persona puede pensar que tiene una constitución débil o una predisposición a enfermarse (en general o respecto a una enfermedad en particular) por distintas razones: a) algunos signos físicos y síntomas interpretados como huellas de alguna verdad subyacente sobre esta persona; b) un historial de enfermedad o salud precaria que hace que la persona sea etiquetada como débil o predispuesta; y c) alguna asociación con una predisposición hereditaria vinculada con una historia familiar (o de grupo étnico) de padecimientos (por ejemplo, la adic-



Ricardo Ramirez Arriola

Cooperativa El Recuerdo, Jalapa, Guatemala, 2004.

ción), noción que en el mundo actual se extiende a interpretaciones populares de la genética. Los curadores de las tradiciones médicas humorales (por ejemplo, las medicinas ayurvédica y china) toman en cuenta la constitución corporal (mediada por la edad del paciente) durante el diagnóstico de un padecimiento y en el momento de prescribir acciones que mejoren la salud y prevengan la enfermedad. Con niños pequeños en contextos de pobreza extrema también pesan las nociones de constitución corporal, según se les perciba como “débiles” o “fuertes”,

en la búsqueda de atención médica y en la repartición de los pocos recursos disponibles en el hogar.³

Cuando una persona tiene rasgos que la definen como vulnerable, los miembros de la sociedad pueden llegar a tratarla de modo distinto y atribuirle un “rol de riesgo”. Por ejemplo, en un estudio de la condición *sema* en Sri Lanka (Nichter, 1987), comprobamos que niños de la clase media que sufrían “catarro” (sinusitis) eran tratados como niños frágiles y recibían una socialización distinta. Este estudio de una enfermedad común demuestra que las personas *sema anga* (con cuerpo flemático) representan, para los otros miembros de la sociedad, un recordatorio de los principios indígenas de salud. Mientras la mayoría de la gente transgrede casi todo el tiempo las prescripciones culturales respecto a la salud, esos individuos (junto con los bebés, las mujeres embarazadas y los ancianos) son objeto del escrutinio público y de los esfuerzos de reducción del daño. Ellos recuerdan a los demás cómo debería uno comportarse, idealmente, de acuerdo con las teorías humorales.

112 ◀

Así como hay gente que es considerada de constitución débil, hay otros que se piensan a sí mismos como de “constitución fuerte”, o sea, resistentes a la enfermedad. Su convicción de ser menos vulnerables que otros también repercute en la conducta sobre su salud. Por ejemplo, en Tailandia, para algunos hombres la convicción de que son fuertes los lleva a pensar que pueden tener prácticas más arriesgadas o peligrosas que otros sin tomar las mismas precauciones. Encontré varones con un historial de conductas sexuales de riesgo que interpretaban sus resultados negativos en las pruebas de VIH como una medida de su propia fortaleza. ¿Qué otra cosa explicaría que no se hayan enfermado? Cuando le sugerí a un informante que podía ser sólo buena suerte, me hizo notar que eso ya era en sí mismo un síntoma de fortaleza y no una simple casualidad.

Vulnerabilidad por el entorno o el contexto

En las percepciones locales hay un gran conjunto de factores ambientales que vuelven a la gente más vulnerable a la enfermedad. En el sur de Asia se piensa que las alteraciones del clima tienen un impacto negativo sobre las inclinaciones constitutivas, impacto que desata desequilibrios humorales. Se admite que cambios bruscos en el clima lo hacen a uno vulnerable, lo mismo que ciertos tipos de vientos. Cada estación está asociada también con padecimientos específicos y la gente toma medidas preventivas para reducir los problemas previsibles. En el suroeste de la India, por ejemplo, hay un mes particular en la temporada de lluvias que se considera como el momento en que afloran las impurezas presentes en el cuerpo y en el suelo. Para contrarrestar esos efectos negativos, la gente ingiere preparados herbolarios amargos y toma precauciones especiales en su alimentación para eliminar toxinas internas. Este comportamiento, al mismo tiempo que los protege contra las amenazas inmediatas a su salud, es también una forma de reducción del daño que debe mejorar su salud en los meses por venir.

El contacto con espacios considerados peligrosos también produce vulnerabilidad. Un espacio puede recibir atributos negativos por diversas razones, que incluyen la asociación con espíritus malignos, formas de impureza o de contaminación (incluso toxinas ambientales), males endémicos o epidémicos, y recuerdos de violencia o de desgracias pasadas (recuerdos tóxicos) arraigados en el paisaje y cuya influencia negativa se supone que sigue activa. Al entrar en estos espacios, se deben tomar precauciones y mantenerse en guardia.

Otros factores ligados al contexto que se asocian en muchas culturas con la vulnerabilidad son las etapas de transición en el ciclo de vida, como el embarazo, la infancia y la vejez. Esas etapas de la vida se interpretan como estados de apertura, con transformaciones rápidas que crean vulnerabilidad, o como estados de debilidad. Existe la creencia común de que los estados emocionales negativos (enojo, tristeza, celos) o las crisis emocionales (*shock*) crean vulnerabilidad a la enfermedad y también pueden agravar un padecimiento preexistente al trastornar a los enfermos y abrirlos a las fuerzas malignas que acechan a

³ La clasificación de niños en “fuertes” o “débiles” influye en los modelos de conducta que varios autores describen bajo el nombre de sobrevivencia selectiva (Howard, 1994) y negligencia selectiva (Scheper-Hughes, 1985).

los débiles. En Sri Lanka, amigos y familiares se reúnen en torno a una persona enferma para protegerla, precisamente, preservándola de estados emocionales negativos y de los malos espíritus atraídos hacia los que están vulnerables y enfermos. Por esta misma razón muchas familias mexicanas con las cuales trabajé en los hospitales de Arizona piden a los doctores que no le comuniquen a una persona enferma un diagnóstico de cáncer. Temen que el impacto emocional pueda tener efectos negativos sobre el pronóstico del enfermo.

Vulnerabilidad a la transformación y al aumento de gravedad del padecimiento

La gente que vive en la pobreza y en situaciones crónicas de salud precaria tiende a ver la salud como un estado relativo que se mide en función de su capacidad para realizar las tareas normales de la vida (salud funcional). Para ellos, la prevención de la enfermedad impone, en primer lugar, la reducción del daño en el sentido de prevenir el empeoramiento de problemas de salud preexistentes. Reconocen varios tipos de comportamientos susceptibles de provocar el estallido de problemas de salud preexistentes, desde las costumbres alimentarias hasta los baños a destiempo, el exceso sexual, o el consumo excesivo de alcohol, tabaco o té. Esos comportamientos lo vuelven a uno vulnerable a la enfermedad en general, pues causan problemas de salud específicos y exacerban problemas preexistentes.

Los antropólogos saben desde hace mucho tiempo que las ideas populares respecto a la causalidad son multidimensionales y que se piensan en términos de causas instrumentales, eficientes y subyacentes (Glick, 1967; Nichter, 1987). Como sea, es bastante común que no se distingan los factores que pueden provocar una vulnerabilidad general de los factores considerados como causantes de padecimientos específicos. En Filipinas, la palabra *pasma* sirve para describir agresiones al cuerpo asociadas con el hambre y el consumo de alimentos a destiempo (*pasa sa guton*), así como el paso del cuerpo de un estado humoral caliente a un estado frío. En etnografías de la malaria y de la tuberculosis se menciona con frecuencia

pasma como una causa. ¿Significa eso que los informantes no creen que los moscos o los gérmenes (microbios) son la causa de estos padecimientos? Una investigación más a fondo muestra que *pasma* es considerado como el factor que lo vuelve a uno vulnerable al padecimiento, los moscos y los microbios. Al final, mucha gente está expuesta a los insectos y a los gérmenes todo el tiempo, y sólo se enferman algunos. Mucha gente también tiene malaria intermitente. Una preocupación clave para esas personas es saber cuáles causas hacen que su malaria se desate, resurja o se vuelva más severa. En un contexto en el cual se tiene muy poco control sobre las condiciones del entorno, se puede reducir la sensación de impotencia con estrategias de reducción del daño que incluyen comer mejor, evitar agredir el cuerpo, tomar medicinas y prevenir que empeoren los padecimientos existentes.

Fuentes cumulativas de negatividad

La vulnerabilidad se asocia también con la idea de una entidad negativa que con el tiempo se acumula dentro del cuerpo: impurezas, residuos, toxinas y gérmenes. La idea, muy generalizada, es que uno puede aguantar cierto nivel de carga negativa, pero que al rebasar determinado umbral la enfermedad se manifiesta.⁴ En general, se supone que el umbral depende de cada persona. Uno puede recurrir a métodos de reducción del daño para reducir su carga relativa del elemento nocivo o para protegerse de más acumulación. En Tailandia, donar sangre es considerado no sólo meritorio sino saludable para el donante, pues elimina sangre vieja y permite que el cuerpo se reabastezca con sangre fresca. Las gotas salinas que contienen cocteles de vitaminas también reducen la acumulación de residuos negativos, además de fortalecer el cuerpo. Para reducir el daño del peligro asociado con el sexo, algunos hombres tailandeses ingieren medicinas o agua mineral gaseosa (a la cual se atribuyen virtudes medicinales, al igual que al peróxido de oxígeno) antes o

⁴ Véase el trabajo de Slovic (2000) sobre el razonamiento del riesgo acumulativo y cómo afecta las conductas respecto al tabaco en Estados Unidos.



Ricardo Ramírez Arriola

Cooperativa El Recuerdo, Jalapa, Guatemala, 2000.

después de tener relaciones sexuales riesgosas. El objetivo es, a la vez, matar los gérmenes mientras están débiles por no estar del todo instalados en el cuerpo, y reducir las cargas acumulativas de gérmenes e impurezas (Kanat, 1994; Nichter, 2001a).

Las nociones relativas a padecimientos en estado latente agregan a la “vulnerabilidad acumulativa” una dimensión adicional estrechamente asociada con el miedo al estallido del padecimiento. Es bastante común que la gente que padece enfermedades recurrentes piense que el mal permanece latente dentro de su cuerpo y se puede activar cuando determinado conjunto de condiciones lo despierta o lo agrava. La reducción del daño puede implicar entonces protegerse de amenazas externas (como la exposición a fuentes de calor o de contaminación), así como regular estados internos mediante el consumo de medicinas o el apego a reglas dietéticas.

Información sobre riesgos y vulnerabilidad

Tener acceso a la información sobre riesgos puede de por sí provocar una sensación de vulnerabilidad. En Ciudad Cebú, Filipinas, observé que cuando aparecían titulares de periódicos sobre la amenaza del VIH las conductas sexuales de riesgo disminuían entre las trabajadoras sexuales. Pero si los titulares desaparecían unas semanas, esas conductas tendían inmediatamente a regresar a su nivel inicial (Nichter, 2001a). En este caso, los datos sobre riesgos aumentaban la sensación de vulnerabilidad dentro de la comunidad, pero la duración del impacto era breve. En otros casos, la información y sus efectos en la comunidad duraban bastante tiempo aunque no el previsto por los funcionarios de salud. Por ejemplo, en el noreste de Tailandia las pruebas de diagnóstico del cáncer cérvico-uterino elevaban la conciencia de las mujeres sobre la enfer-

medad, pero las hacían imaginar este cáncer como el desenlace final habitual de problemas ginecológicos no tratados, que se transformaban en esta horrible enfermedad (Boogmongkon, Pylypa y Nichter, 1999). Al crear conciencia sobre una enfermedad que puede afectar entre veinte o treinta mujeres de cada cien mil, se generó miedo entre ellas porque imaginaban esta enfermedad como algo que afectaría a tres mujeres de cada diez. Más adelante mencionaré una estrategia iatrogénica de reducción del daño usada por estas mujeres.

Tanto a nivel del individuo como de la comunidad, la realización de pruebas diagnósticas puede, sin que sea la intención, promover un sentimiento de vulnerabilidad (Kavanaugh y Broom, 1998). Muchas veces los médicos recomiendan que una persona se practique una prueba clínica para descartar un problema de salud. Pero la sola sugerencia de hacerse la prueba puede, sin que sea la intención, despertar una sensación de vulnerabilidad que permanece aun cuando los resultados del estudio hayan sido negativos. Las pruebas diagnósticas provocan una gran variedad de reacciones. Algunos las ven como simple diagnóstico, otros las consideran como curativas y otros más sienten que se abre una caja de Pandora que atrae la enfermedad. La forma como se explican o no el objeto y el resultado de las pruebas diagnósticas también puede provocar un sentimiento de vulnerabilidad. Algunos curadores de la India no explican a sus pacientes que los resultados negativos de sus pruebas permiten descartar la presencia de una enfermedad, porque sienten que al decirlo se expondrían a un riesgo demasiado grande. Su preocupación es que, si la enfermedad u otra enfermedad afín se manifestaran más adelante, se les podría responsabilizar por ella. Esos curadores exageran las precauciones (y así aumentan sus ganancias) e indican a sus pacientes que tienen que seguir vigilando su estado de salud, que tienen que volver para pruebas diagnósticas periódicas y, muchas veces, que deben tomar medicinas para evitar que su estado empeore. Es un caso claro en el que se dan las condiciones para que un “rol de riesgo” se convierta en un “rol de enfermo”. Es especialmente el caso cuando quejas somáticas se vuelven, para el “afectado” y los suyos, una forma de expresar ansiedad o preocupación. Las pruebas diagnósticas (y las

seudopruebas) también son usadas a veces para racionalizar decisiones como la de destetar a un niño para darle leche de fórmula (Mull, 1992).

ESTRATEGIAS ARRAIGADAS Y ESTRATEGIAS RECIENTES DE REDUCCIÓN DEL DAÑO EN EL SUR Y SURESTE DE ASIA

La reducción del daño abarca un conjunto de conductas que van desde controlar los factores que predisponen al padecimiento hasta evitar que una enfermedad se convierta en un problema más grave. Voy a insistir en tres tipos de conductas posibles de prevención de la enfermedad o promoción de la salud: a) *a priori*: previo a un estado percibido como de mayor susceptibilidad; b) *durante*: en el medio de un estado percibido como de mayor susceptibilidad; y c) *a posteriori*: cuando pasó el estado percibido como de mayor susceptibilidad.

Las prácticas de reducción del daño son una parte importante de la cultura médica popular en Asia. Por mucho tiempo, la gente ha seguido dietas alimentarias específicas para reducir el exceso de humores que se considera común en determinadas temporadas (Nichter, 1986). Más allá de la preocupación por los estados de frío o de calor, se consumen o no ciertos alimentos para influir en estados corporales asociados a malestares físicos de rutina, desde flatulencia o exceso de flemas hasta problemas de lombrices. En zonas rurales del sur de la India (como en muchas áreas de Asia, África y América Latina), se cree que la presencia de una pequeña cantidad de lombrices intestinales es necesaria a la vida. El problema empieza cuando la cantidad de lombrices aumenta debido al consumo excesivo de dulces, a la acumulación de comida no digerida en el cuerpo o porque las lombrices, si las molestan, migran. Para prevenir problemas de lombrices se controla la dieta para mejorar la digestión o eliminar alimentos no digeridos y se toman remedios amargos para tranquilizar a las lombrices presentes en el cuerpo. También existen dietas populares que se usan para prevenir la acumulación en la sangre de impurezas y toxinas (*nan-ju*) que podrían causar la aparición o el resurgimiento de un padecimiento, o hacer que una herida se infecte.

Cuando uno tiene una herida o una enfermedad de la piel debe tener mucho cuidado de no ingerir comidas que aumenten el *nanju*, como berenjenas o pescados grasos. En realidad, las restricciones alimentarias suelen observarse con más estricta disciplina que la aplicación tópica de ungüentos o la limpieza de la herida. Esas prácticas son formas cotidianas de reducción del daño.

En la misma región de la India la gente ingiere preparados ayurvédicos para purificar la sangre y mejorar la digestión, dos de las causas primarias de muchos padecimientos. Se toman también remedios para prevenir enfermedades asociadas con conductas consideradas dañinas para el cuerpo. Un conductor de bicitaxi, por ejemplo, tomará cada día un traguito de *dasamulla aristha* (un tónico ayurvédico conocido por mejorar la digestión) después de su trabajo para reducir el efecto dañino de manejar en los embotellamientos y de respirar las emisiones de los vehículos. En otros oficios se dan otras prácticas de reducción del daño asociadas con el trabajo; por ejemplo, los forjadores de cigarros *beedie* toman tónicos vitamínicos e inyecciones de vitamina B12: se supone que estas vitaminas disminuyen la debilidad y protegen contra enfermedades como la tuberculosis (Nichter y Vuckovic, 1994).

La exposición a los pesticidas es generalmente identificada como causa de mala salud entre los campesinos. En muchos países asiáticos se recurre a prácticas de reducción del daño para disminuir los efectos negativos de productos químicos peligrosos. Por ejemplo, en la India, trabajadores de las plantaciones que tienen que fumigar las palmeras arecas piden a sus patrones aceite de coco para untárselo en el cuerpo después de las fumigaciones. Se supone que un baño de aceite refresca y purifica el cuerpo, reduciendo el daño causado por el calor y los químicos tóxicos. En el noreste de Tailandia los campesinos que fumigan los arrozales con pesticidas usan remedios como el alumbre para que las impurezas en su cuerpo se asienten (“como los residuos en un pozo”), así como otras medicinas que los ayudan a purgarse de los venenos. En algunas áreas del sur de México los trabajadores agrícolas toman Alka Seltzer porque creen que las burbujas eliminan los humos dañinos atrapados en el cuerpo (Cartwright, comunicación personal).

Es sabido que muchos campesinos de Tailandia, la India o Sri Lanka nunca consumen las verduras que cultivan para vender y que fumigan con pesticidas. Tienen parcelas separadas reservadas para el cultivo de los alimentos que consumirá la familia. En la India, la “gastritis” surgió como una nueva categoría de enfermedad asociada con el consumo de alimentos contaminados con pesticidas (Nichter, 2001b). Cuando las diarreas no ceden a un tratamiento médico alopático, se toman remedios herbolarios para limpiar el cuerpo de toxinas. Los médicos ayurvédicos subrayan que los pacientes sufren de una enfermedad causada por la acumulación de toxinas provocada, a la vez, por los alimentos contaminados con pesticidas y por medicamentos no digeridos. Por esta razón, alguna gente toma periódicamente remedios herbolarios para reducir el daño de las toxinas acumuladas en sus cuerpos.

Al igual que en el caso de los pesticidas, se considera que los fármacos alopáticos causan daño al cuerpo si son fuertes y si uno recurre a ellos por un tiempo prolongado. En la India es muy extendida la creencia de que los medicamentos fuertes, incluidos los antibióticos, crean calor en el cuerpo y echan a perder la sangre. Hace veinte años la gente tomaba leche con los antibióticos para controlar esos efectos secundarios. Ahora hay nuevos productos naturistas disponibles en el mercado que se venden explícitamente para reducir el efecto dañino de los fármacos (Nichter y Vuckovic, 1994). Es importante señalar que la desconfianza hacia los medicamentos no impide su muy extensa difusión en el sur y sureste de Asia del sur y del sureste (India, Tailandia, Filipinas). El número de medicamentos ha crecido constantemente, de modo que ahora hay varias píldoras disponibles para cada malestar. Es precisamente la popularidad de la medicina alopática lo que impulsa, a mi modo de ver, el crecimiento del mercado de productos comerciales creados específicamente para la reducción del daño, el cual es una parte importante de la transición de los sistemas de salud en Asia (Nichter y Van Sickle, 2002) como en el resto del mundo. El deseo de un alivio rápido, combinado con preocupaciones indígenas preexistentes en el ámbito de la salud, ha propiciado el uso complementario de medicamentos modernos, tradicionales y la práctica de la “medicina integrada”. En la India se toman

medicamentos alopáticos para matar gérmenes y sanar rápidamente, mientras los remedios ayurvédicos y otras medicinas herbolarias sirven para reducir el daño causado por fármacos fuertes y para restablecer los procesos naturales del cuerpo, el equilibrio humoral y la capacidad digestiva.

En Asia se usan extensamente los medicamentos para la reducción del daño. Los umbrales de tolerancia de los síntomas han bajado radicalmente en los últimos veinte años y la gente empieza a tomar medicamentos mucho más rápido ahora que antes frente a una gran variedad de malestares. Las medicinas se usan para reducir molestias y para permitir que la gente que vive en ambientes contaminados sobrelleve las dificultades del entorno. Mucha gente que vive en un estado crónico de salud precaria compra sin receta médica, día tras día, los medicamentos que le permiten seguir aguantando. Los que viven en medios urbanos contaminados recurren a los medicamentos para controlar dolores abdominales recurrentes que se asocian con lo que sea, desde el agua contaminada y las comidas en mal estado hasta el “estrés”. En este caso, muchas veces la toma de medicamentos viene a ser una medida de reducción del daño, para impedir que síntomas incipientes pasen a mayores.

Otras medicinas se toman para dar energía cuando faltan fuerzas y para disminuir el dolor cuando queda mucho trabajo por delante. En Tailandia hay patrones en la agricultura que durante la cosecha de sus campos proporcionan estimulantes y analgésicos a sus trabajadores para que puedan sobrellevar sus jornadas. Desde un estricto punto de vista de “salud funcional”, los trabajadores ven eso como una forma de reducción del daño. Les permite completar el día de trabajo. Por razones similares, trabajadores manuales que viven en la miseria toman Valium para poder dormir lo suficiente y trabajar al día siguiente, o usan esteroides para controlar dolores físicos persistentes, enfermedades de la piel o tos. Muchos de los usuarios de estos fármacos que entrevisté admiten que estas medicinas no resuelven sus problemas y sólo los aplazan. Saben que podrían volverse dependientes y que tomar esos fármacos demasiado tiende a dañarlos (Nichter, 2001b). Reconocen que soluciones momentáneas de reducción del daño pueden causar problemas

en el futuro. Pero, ¿qué alternativa les queda? Tomar esos medicamentos, para ellos, ¿es una forma de ejercer control o es una forma de dominación sobre sus cuerpos? No hay respuesta sencilla a esta pregunta.

Pasaré ahora a otra dimensión de la reducción del daño: la apropiación de ciertos medicamentos con ese fin. Es una nueva tendencia importante y se trata de un campo de estudios al cual he dedicado varios años de investigación. El primero de tres estudios de casos se refiere a las medicinas tomadas para el manejo de padecimientos ginecológicos latentes en el noreste de Tailandia (Boonmongkon, Pylypa y Nichter, 1999; Boonmongkon, Nichter y Pylypa, 2001); el segundo, a las medicinas usadas para evitar que problemas pulmonares se desarrollen en tuberculosis en Filipinas (Nichter, 1994); y el tercero estudia el uso profiláctico de varios medicamentos para reducir el riesgo de contraer enfermedades sexualmente transmisibles en Filipinas y Tailandia (Nichter, 2001a). Un cuarto caso ilustra cómo las vacunas son interpretadas en tanto que una forma de reducción del daño en una población que tiene una comprensión muy vaga del sistema inmunitario.

► 117

Problemas de *mot luuk*: mantener padecimientos latentes bajo control

En Tailandia una gran gama de síntomas asociados de cerca o de lejos con el aparato reproductivo, las regiones abdominal y pélvica y a veces el conducto urinario, es asociada con el “útero” (*mot luuk*) en las culturas locales. Los problemas de *mot luuk* se relacionan con el embarazo, parto y cuidados inadecuados del posparto, con la menstruación y los métodos anticonceptivos que interfieren con el ciclo menstrual, con el trabajo manual pesado y los accidentes, así como con la exposición a la impureza o a infecciones de transmisión sexual. Se supone que los hechos del pasado y la exposición actual a “factores de riesgo” propician que las mujeres se vuelvan vulnerables a los problemas de *mot luuk*.

Muchas mujeres con síntomas recurrentes piensan que sus problemas, en el fondo, provienen de algún hecho anterior de su vida, como una herida en su juventud,

alguna complicación de un embarazo o un aborto anterior, o un tiempo inadecuado de *yuu fai*. *Yuu fai* designa la práctica posparto de “quedar al lado del fuego” durante diez o quince días después de dar a luz para que el *mot luuk* se acomode y se seque. Cumplir con un *yuu fai* adecuado es considerado como una inversión para la futura salud de la mujer, y está claramente ligado a reducción del daño. Un útero que conserva humedad constituye un medio interno en el cual: a) es más fácil que aparezcan molestias ligadas a la impureza y b) es más difícil sanar heridas internas.

Varias formas de impurezas son fuentes de problemas de *mot luuk*. Se dice que los síntomas provienen de *seua laa* [*cheua raa*], un término que se traduce literalmente como “hongo”, pero también está asociado con suciedad y gérmenes en general. Las mujeres están especialmente expuestas a *seua laa* porque la vagina está “abierta” a los *seua laa* del mundo exterior, en contraste con los genitales masculinos que son más “cerrados”. Un dato muy significativo al respecto es que las mujeres con síntomas recurrentes o crónicos muchas veces piensan su padecimiento como latente. La enfermedad o los gérmenes permanecen en sus cuerpos porque en el útero persiste una “herida” [*phee* (*plee*)] que nunca se cura del todo. *Look lop nai* [*rook lop nai*] designa ese padecimiento que “se esconde” en el cuerpo y emerge en momentos de vulnerabilidad. Algunas mujeres interpretan los flujos vaginales antes de menstruar como la manifestación externa de un padecimiento latente. Otras hablan de la acumulación de *seua laa* en el cuerpo como consecuencia de una falta de higiene o de una transmisión sexual. En momentos de vulnerabilidad, el *seua laa* resurge como enfermedad.

Muchas mujeres temen que los síntomas recurrentes o crónicos se conviertan en una enfermedad más grave, y su principal temor es el cáncer cervical (*maleng paak mot luuk*, o simplemente *maleng*). Para controlar la enfermedad latente las mujeres suelen tratar sus problemas de *mot luuk*, independientemente de la etiología que le atribuyen, con dos marcas comunes de tetraciclina (Kaa-noo® y Hero®). Es muy difundida la creencia de que estas marcas de tetraciclina son “buenas para problemas de *mot luuk*” en general y se les atribuye propiedades cu-

rativas y de reducción del daño.⁵ Se toman lo mismo para aliviar síntomas, para evitar que los problemas de *mot luuk* empeoren y como profiláctico contra la repetición de problemas vividos en el pasado. Lo mismo que hay trabajadores del campo que toman analgésicos durante la temporada de cosecha para poder trabajar más duro y más tiempo, hay mujeres que ingieren antibióticos para evitar el dolor y prevenir los efectos negativos que un trabajo pesado podría tener en sus *mot luuk*.

Prevenir la transformación del síndrome de los pulmones débiles en tuberculosis

En la cultura médica popular de las Filipinas, el término “pulmones débiles” se refiere a un síndrome al mismo tiempo específico y ambiguo que describe un estado de salud precaria en el que los niños tienen tos y resfriados duraderos o recurrentes, pérdida de peso y falta de apetito, cansancio e inquietud, y un poco de “calentura interna” (*nangingilalim ang lagnat*). En estos casos se suele imaginar: a) que sus pulmones quedaron tapizados de mocos (*plemas*) a consecuencia de una enfermedad anterior (asociada en general con alguna infección respiratoria aguda), o b) que el niño podría tener pulmones débiles, debido a señales como el ronquido (*hapo*) o un historial de tuberculosis en la familia. En los adultos, si una persona es poco apta al trabajo pesado, se sospecha la presencia de pulmones débiles.

La población en general admite que los pulmones débiles son un padecimiento muy común y se cree que muchos niños con este problema desarrollarán tuberculosis cuando crezcan si no se atiende esta enfermedad. Los médicos contribuyen a esa percepción local de “pulmones débiles”. Para evitar la estigmatización de los pacientes es común que los doctores hablen de pulmones débiles para referirse a casos de primoinfección (tuberculosis infantil) o a casos de tuberculosis que no presenten síntomas drásticos como escupir sangre. Se les da a los pacientes

⁵ En Tailandia, los productos que contienen tetraciclina son anunciados, falsamente, como buenos para problemas ginecológicos (Boongmongkon, Nichter y Pylypa, 2001).

fármacos contra la tuberculosis con la advertencia de que tienen que tomarlos para que la tuberculosis no se les declare. Eso fortalece la creencia de que la tos se puede transformar en pulmones débiles, lo que, a su vez, se transforma en tuberculosis.

Las medicinas tomadas para fortalecer los pulmones débiles reciben generalmente el nombre de *vitamin sa бага* —vitaminas para los pulmones— y se supone que las medicinas contra la tuberculosis, como el isoniazid (INH), fortalecen los pulmones.⁶ En consecuencia, pacientes pobres que siguen un tratamiento antituberculínico a veces comparten sus *vitamin sa бага* con parientes y vecinos, como un recurso de reducción del daño cuando tienen tos o ronquido duraderos. He comprobado que en Filipinas y en otras partes del sur de Asia se compra INH sin receta para este fin.

Uso de antibióticos profilácticos para prevenir enfermedades de transmisión sexual (ETS)

Durante una serie de entrevistas a profundidad con mujeres trabajadoras sexuales en Ciudad Cebú (Filipinas), encontré que muchas recurrían a algún tipo de práctica de reducción del daño, aparte del uso del condón, para limitar el riesgo de contraer una enfermedad de transmisión sexual. Sus prácticas de reducción del daño iban desde orinar después de la relación sexual, ducharse con champú, pasta de dientes o Coca Cola, tragar detergente para ropa, hasta la toma de antibióticos como profiláctico (Nichter, 2001a).

La costumbre de tomar antibióticos como medida de reducción del daño resultó ser bastante general. En una muestra al azar de 160 mujeres que habían tenido relaciones sexuales por dinero en las dos semanas anteriores, 20% señalaban que habían tomado antibióticos ocasionalmente para reducir el riesgo de contagiarse de ETS, y 18% más declaraban hacerlo regularmente.⁷ De todas

las que consumen antibióticos profilácticos ocasionalmente o siempre, 24% indicaba que tomaba antibióticos profilácticos después de cada relación con un cliente, 9% que los tomaba antes de la relación, y 4% antes y después. Asimismo, 15% declaraba que tomaba antibióticos a título preventivo dos o tres veces por semana, 6% una vez al mes, y 31% cuando les parecía que podía haber alguna enfermedad desarrollándose en su cuerpo.

¿Por qué tomaban estos fármacos? Si bien algunas trabajadoras sexuales combinaban condón y antibiótico para más seguridad, las usuarias más frecuentes de antibióticos eran trabajadoras sexuales independientes que estaban en una posición de poder demasiado débil para negociar con sus clientes el uso del condón. Tenían el más bajo porcentaje de uso de condón y eran las que más tendían a usar antibióticos, a la vez como rutina de reducción del daño y para darse la impresión de controlar ellas su vida. Es de subrayar que muchas pensaban que los antibióticos las podían proteger del SIDA.

El uso profiláctico de antibióticos como método de reducción del daño después de prácticas sexuales de riesgo también es común en Tailandia. Hay hombres que toman antibióticos antes de ir con prostitutas para hacerse menos vulnerables a la enfermedad, mientras otros toman antibióticos o remedios purificadores (*ya lang tai*, *ya kap lum klung*, que contienen muchas veces diuréticos y antibióticos) después de la relación sexual comercial para matar al germen mientras está débil. Es significativo que muchos hombres tailandeses han dejado de ir al burdel desde que los programas de educación en salud del gobierno empezaron a señalar a las prostitutas como el origen del SIDA. Muchos hombres prefieren ahora tener relaciones con muchachas que se prostituyen ocasionalmente y que trabajan en restaurantes y, si bien la tasa de uso de condón en los burdeles es ahora bastante alta, es muy baja en estos “ligues ocasionales”. Los hombres sienten que es menos probable contagiarse de SIDA con esas

► 119

⁶ La impresión de que los fármacos contra la tuberculosis son medicinas para los “pulmones débiles” se ve reforzada por la estrategia comercial de los fabricantes de INH.

⁷ En promedio, el número de pastillas o cápsulas de antibióticos toma-

das a título profiláctico era de una por tratamiento, y los antibióticos más comunes en estos casos eran la ampicilina (55%), la rifampicina (16%) y la amoxicilina (15%). El mal uso de la rifampicina es motivo de alarma, ya que es el fármaco más importante en el tratamiento de la tuberculosis.

mujeres y confían en los antibióticos como método de reducción del daño contra las ETS. Algunos de los hombres entrevistados describían eso como un método de reducción del daño para sus esposas, que podrían recibir de ellos impurezas o gérmenes y que tienen menos resistencia a la enfermedad. Los hombres solían esperar unos días después de tener relaciones sexuales extramaritales para ver si aparecía algún síntoma, o comían alimentos especiales para que los síntomas aparecieran más rápido, de forma que pudieran tratar la enfermedad antes de que se instalara del todo y antes de que algún germen pudiese infectar a sus esposas.

La vacuna contra el sarampión como reducción del daño

Una interpretación generalizada de la vacuna contra el sarampión en zonas rurales de la India nos ofrece una última enseñanza que considerar en esta sección, ya que nos hace ver cómo, en ciertos contextos culturales, la reducción del daño puede ser un concepto más aceptable que la prevención total. ¿Cómo se le explica el funcionamiento de las vacunas a un grupo de gente que tiene un saber más que reducido sobre gérmenes y el sistema inmunológico? Si bien eso es siempre difícil, es especialmente arduo explicar el objeto de la vacuna contra el sarampión en la India por tres razones: a) la enfermedad está asociada con la furia de varias divinidades; b) existen otras enfermedades que comparten varios síntomas con el sarampión, y se cree que son variantes del mismo síndrome nosológico, y c) la gente le tiene tanto miedo al sarampión en los adultos que esta enfermedad en los niños no parece una amenaza tan grave. Explicar a la población de la India que la vacuna contra el sarampión prevenía la enfermedad no funcionaba con muchos de los informantes, ya que estaban más dispuestos a aceptar la noción de que la vacuna iba a evitar que sus hijos desarrollaran un cuadro de sarampión tan grave que podía poner su vida en peligro (Nichter, 1995; Bishat y Coutinho, 2000). La protección total no era considerada posible y no concordaba con la experiencia local, marcada por vacunaciones ineficaces y la aparición de salpullido

causado por otras enfermedades. La reducción del daño bajo la forma de protección, por otra parte, se valoraba porque se trataba de una noción familiar para las poblaciones locales.

LA REDUCCIÓN DEL DAÑO COMO FORMA DE VIDA EN ESTADOS UNIDOS

Discutiré el tema de la reducción del daño como una forma de vida en Estados Unidos en el marco de las teorías de la “sociedad del riesgo” planteadas por teóricos como Beck (1992, 1996) y Giddens (1991). La “sociedad del riesgo”, que emerge en la modernidad tardía y su planta a la sociedad industrial de clases, se caracteriza por una respuesta individualista al riesgo, al mismo tiempo que disminuye la confianza en el Estado, que el futuro aparece incierto y que va creciendo la desconfianza en la ciencia, como una actividad cada vez más empresarial, privatizada y con fines comerciales.⁸ Según los teóricos de la “sociedad del riesgo”, la gente sufre de un exceso de información y tiene bastante duda respecto a las motivaciones de los productores de información, sabiendo que éstos, lejos de ser agentes neutrales, tienen intereses comerciales propios. En este contexto, la gente construye su biografía de riesgo y ejerce control eligiendo caminos basados en los hechos que deciden reconocer en cada momento. Las prácticas de reducción del daño, en este contexto, asumen nuevos sentidos en relación con: 1) una creciente sensación de riesgo y vulnerabilidad alimentada por la ciencia, los medios de comunicación, y una floreciente industria del riesgo; 2) un menor opti-

⁸ Las teorías de Beck y Giddens sobre la modernización reflexiva establecen una distinción entre modernidad temprana y tardía. La modernidad temprana se caracteriza por la invención del riesgo, que transforma un cosmos radicalmente indeterminado en uno que se puede manejar mediante el mito de la calculabilidad (Reddy, 1996). La tardía está caracterizada por un sentimiento creciente de incertidumbre, ambivalencia y desconfianza frente al saber rápidamente cambiante y contradictorio de los expertos, y la globalización de la duda. En la modernidad tardía el riesgo no es fácil de calcular y la política de la responsabilidad se vuelve cada vez más compleja. El escepticismo alcanza a los mismos científicos, los factores de riesgo son objeto de cuestionamiento y se pone en entredicho al progreso frente a experiencias de la modernidad que salen de control.

mismo respecto a la capacidad de la ciencia para resolver a corto plazo problemas de salud urgentes, y 3) una creciente presión sobre la gente para que asuma personalmente la responsabilidad de su salud, presión generada por el Estado, los intereses empresariales privados y una arraigada ética jacksoniana de autosuficiencia individual.

Tres temas abren caminos fundamentales para entender el sentido de las prácticas de reducción del daño en Estados Unidos. Uno es la importancia de gestos simbólicos de reducción del daño en un ambiente saturado de ofertas de comida rápida, sumamente atractivas para una población que siempre anda con prisas. Otro es el modo en que la economía política de Estados Unidos ha obligado a los trabajadores a asumir prácticas individuales de reducción del daño para conservar sus empleos. El último tema atañe a los productos comerciales de reducción del daño que crean la ilusión de que uno puede permitirse comportamientos dañinos para la salud, pero disfrutables, sin ser irresponsable; fumar cigarrillos más seguros sería un ejemplo.

Reducción del daño: gestos simbólicos

Volver a Estados Unidos después de llevar a cabo una investigación en un país en desarrollo siempre me sacude. Feliz al poder tomar agua de la llave, descubro con asombro cómo crece la desconfianza de la gente hacia el agua potable de la red pública y su disposición a comprar agua embotellada que proviene supuestamente de lugares exóticos donde la vida es pura. Luego está la creciente preocupación respecto a la comida. Basta leer el *bestseller Fast Food Nation* (Schlosser, 2001) para empezar a desconfiar de casi todo lo que uno come. Agréguele a eso los titulares de periódicos y artículos de revistas sobre los “patógenos resistentes” encontrados en la carne de animales tratados con antibióticos profilácticos (Gorbach, 2001) y uno empieza a considerar seriamente la posibilidad de volverse vegetariano. Sólo que, ¿serán seguros los alimentos vegetales, habiendo tanto pesticida e “ingeniería genética”? (Reidar, 1999; Bray, 2003).

Un rápido recorrido por cualquier supermercado de Estados Unidos le haría creer a un visitante extranjero que



Ricardo Ramírez Arriola

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, Ciudad de México, 1997.

los estadounidenses están obsesionados con la seguridad de la comida. ¿En qué otro lugar del mundo se promueve la venta de productos alimentarios, no tanto por lo que los compone sino precisamente por lo que no contienen (calorías, colesterol, sodio, cafeína, “químicos”)? Dada esta aparente conciencia sanitaria, uno esperaría ver a consumidores dedicados a leer con cuidado las etiquetas y comprando con mucho recelo. Es cierto que algunos lo hacen, pero la mayoría de la gente tiene prisa, compra lo mismo de siempre y no presta atención a las etiquetas.⁹ Frente al exceso de información sobre lo que los alimentos contienen y no contienen es de suponer que son muchos los estadounidenses que compran la idea de “bio-

⁹ Los argumentos publicitarios que se usan para comercializar ciertos alimentos como saludables son muchas veces engañosos, si no es que mentirosos.

poder” (una mayor conciencia de lo saludable) y asumen una actitud de vigilancia personal en su propia dieta.¹⁰ El grado de conciencia acerca del riesgo que tiene cada persona depende, en primer lugar, de su sensación inmediata de fortaleza o de vulnerabilidad. Lo que es bastante seguro, en todo caso, es que casi todo el mundo emprenderá, en algún momento, algún gesto simbólico de reducción del daño —si no para sí mismo, por lo menos para tranquilizar a otros—.

Los gestos simbólicos de reducción del daño dan una sensación de control de la propia vida y permiten sentir que uno se está portando con responsabilidad. Si uno no puede tomar decisiones radicales para mejorar su salud o reducir el daño, por razones de costo, tiempo o gustos personales, por lo menos puede hacer algo simbólico que lo ayude. Puede consumir sal baja en sodio, tomar leche sin grasa, comprar papitas con 30% menos de aceite. Una industria entera de productos comerciales dedicados a la reducción del daño se nutre de las necesidades psicosociales y físicas de los estadounidenses que tratan de equilibrar cierta proporción de control y de libertad en sus vidas (Crawford, 1984). Vender productos “light”, orgánicos o con edulcorantes artificiales para los problemas de la vida moderna es un gran negocio que promueve modas además de promesas (Nichter y Nichter, 1991).

Las vitaminas, remedio milagro

Las vitaminas son el ejemplo tipo. En 1996¹¹ representaron un mercado de seis mil millones de dólares en Estados Unidos y fueron la forma preferida de reducción del daño de millones de estadounidenses. La publicidad de las vitaminas las presenta a las masas como una manera de resolver en el instante una gran variedad de problemas de salud a la par que se evitan otros en el

futuro. Como forma de reducción del daño, las vitaminas sirven cuando la gente siente que sus ritmos de vida acelerados no les permiten comer sano y valen entonces como seguro contra los peligros del ambiente, el estrés de la vida y sistemas inmunológicos deficientes (Vuckovic y Nichter, 1997). Ahora que la calidad de las dietas estadounidenses está en entredicho, las vitaminas ofrecen un antídoto frente a las carencias de la comida rápida y para eliminar sustancias oxidantes que se acumulan en el cuerpo por malos hábitos alimentarios. Uno toma sus vitaminas, lo mismo que come “alimentos saludables”, con la idea de “contrabalancear” un régimen en sí poco sano (Backett, 1992), reducir el daño de una borrachera, limitar los efectos nocivos de la falta crónica de sueño o el riesgo de cáncer. Las vitaminas ayudan a “compensar” un comportamiento inadecuado así como a “ganar tiempo” y poder aplazar la adopción de una conducta saludable.

Es muy numerosa la población que consume vitaminas. ¿Hay alguna diferencia en lo que su consumo significa en Estados Unidos y en otras partes? La respuesta es a la vez que sí y que no. En todos los países, la gente toma vitaminas para fortalecerse, mejorar su salud y protegerse de las enfermedades. Pero en Estados Unidos, la toma de vitaminas es, además, una práctica vinculada con una nueva identidad moral secular (Conrad, 1993) que atribuye un valor moral a acciones de salud como la reducción del daño. Tomar vitaminas es uno de los casos en los cuales actos de consumo adecuados producen, por lo que significan, una identidad de persona saludable (Baudrillard, 1981; Ito Hardenberg, 2001). Aun cuando uno ni hace ejercicio ni come frutas y verduras, puede por lo menos tomar sus vitaminas. En un medio en el que la transgresión corporal que significa comer de más por placer es generalizada (Williams, 1998) y en el que se espera de la gente que cuide su salud y se haga cargo de la reducción del daño, tomar vitaminas es un gesto básico mínimo de responsabilidad.

Las vitaminas también son una medicina alimentaria (Jankowiak y Bradburg, 1996) que encaja en la ideología de nuestros tiempos, una ideología de acumulación flexible (Martin, 1991) en la cual una sociedad sometida a un cambio económico continuo aprecia la adaptabilidad, la polivalencia y la robustez. Las vitaminas se venden co-

¹⁰ “Biopoder” es un término que usa Foucault (1980) para describir el estrecho paralelismo entre las relaciones de saber y de poder. Por ejemplo, una vez que uno está enterado de un riesgo se siente obligado a actuar en consecuencia; cambia sus prácticas y asume una actitud de vigilancia personal. El saber sobre el riesgo obliga a las instituciones y a los individuos a rendir cuentas.

¹¹ Las ventas globales de la industria de las vitaminas alcanzaron cerca de seis mil millones de dólares en 1996, duplicando el nivel de 1992.

mo un recurso para aumentar la vitalidad y fortalecer el propio sistema inmunológico en un mundo inseguro y lleno de desafíos nuevos. Según la propaganda comercial, las vitaminas son “tu salvación”. En una época de “especialización flexible”, parece que existe una combinación especial de vitaminas para cada problema de salud habido y por haber.

Reducción del daño para no perder el empleo

Vivimos en una era de escasez de tiempo en la cual nunca parece alcanzar el tiempo para terminar todo lo que tenemos que hacer. Eso es cierto tanto o más para los pobres como para la clase media. En su investigación sobre la automedicación en los hogares de Estados Unidos, Vuckovic (1999) encontró que muchas veces la automedicación se usa para enfrentar la “hambruna de tiempo”. Sus informantes mujeres le dijeron que no tenían “tiempo para enfermarse” y que por eso usaban medicinas que no necesitan de una prescripción médica para ellas o para sus hijos, y así poder seguir trabajando aunque estén enfermas.

Quisiera insistir en que las madres que trabajan están obligadas a recurrir a prácticas de reducción del daño para poder conservar su empleo. En el contexto laboral actual donde el trabajo es inseguro, mucha gente teme perder su empleo si se enferma. En este contexto emergen dos modelos complementarios de comportamientos en cuanto a reducción del daño.

El primero incluye a madres que no pueden quedarse en casa cuando sus hijos pequeños están enfermos, por miedo a perder su trabajo. Esas madres mandan a sus hijos a guarderías aunque saben perfectamente que es el mejor lugar para que sus hijos pesquen alguna enfermedad. Muchas vigilan muy de cerca la salud de sus hijos y practican distintas formas de reducción del daño. Bañan a sus hijos con jabón antibacterial, les dan vitaminas cada día, a la primera señal de enfermedad les dan antibióticos sobrantes de algún tratamiento anterior, o les hacen tomar remedios contra la tos para ocultar los síntomas de manera que sean recibidos en la guardería. Con esos medicamentos las madres tratan de ganar

tiempo para poder aguantar hasta el fin de semana, cuando ya tendrán tiempo de atender al niño todo el día.

El segundo modelo complementario de conducta se refiere a los trabajadores que ocultan sus síntomas en el trabajo para no perder el empleo. Muchas veces, los trabajadores se automedican cuando están enfermos y tratan de aguantar hasta el fin de semana. Como van a trabajar cuando están enfermos y contagiosos, la enfermedad tiende a transmitirse entre sus compañeros de trabajo. Ellos lo saben y se ven obligados a usar alguna forma de reducción del daño, que suele incluir la toma de medicinas, sean éstas antibióticos o remedios herbolarios.

La reducción del daño como ilusión: el cigarro

Muchas de la cosas que nos gustan resultan a la larga una seria amenaza para la salud. El conocimiento de este peligro crea una demanda por algo que permita reducir el daño de una conducta deseada pero riesgosa, sin tener que abandonarla por completo. En ocasiones es realmente posible encontrar un modo de hacer o consumir algo a un menor riesgo, por ejemplo, cuando se usan bloqueadores para asolearse. En otros casos sólo se vende la ilusión de la reducción del daño a un público dispuesto a dejarse engañar. El caso de los cigarros seguros es un ejemplo perfecto. No cabría en este ensayo una historia detallada de los reiterados intentos de la industria del tabaco por vender la ilusión de un cigarro más seguro (véase una síntesis en Stratton *et al.*, 2001) pero permítaseme mencionar cinco estrategias usadas por la industria: a) la introducción de varios tipos de filtros, que se supone eliminarían los elementos nocivos del humo de tabaco; b) la creación de mezclas *light* y *ultralight* más suaves; c) la mezcla de mentol y tabaco, para facilitar una inhalación profunda “fresca” gracias a las propiedades anestésicas del mentol; d) entrar en el juego del cálculo de la cantidad de alquitrán y alimentar razonamientos y comparaciones que hagan creer que hay cigarros más seguros, y e) promover los cigarros como productos confiables y naturales que no contienen químicos peligrosos.

La industria del tabaco ha hecho un gran esfuerzo para promover la idea de que es posible fumar sin riesgo,

aun cuando los cigarros son uno de los pocos productos libremente disponibles en el mercado que hacen daño precisamente cuando se usan en la forma indicada. Mucha gente fuma cigarros *light* o *ultralight* como forma de reducción del daño con la idea de que fumar diez de esos cigarros no puede ser tan malo ni tan adictivo como fumar diez de los normales. Estudios de tipología de los fumadores indican que eso no es cierto. Está comprobado que los seres humanos tienen la capacidad de adaptar su modo de fumar regulando el ritmo y la profundidad de la inhalación al contenido de nicotina de un cigarro. Otros fumadores usan estrategias de reducción del daño fundadas en la idea de que fumar sólo se vuelve nocivo más allá de cierto umbral (más de cinco cigarros al día, por ejemplo), y otros más no creen que fumar sea dañino a corto plazo porque para ellos el riesgo de fumar es acumulativo en el tiempo (Slovic, 2000). Piensan, por supuesto, dejar de fumar antes de que el daño acumulado sea demasiado grande, y dicen que lo harán muy pronto. Afirmar su intención de dejar de fumar les permite establecer frente a sí mismos una identidad positiva respecto a la salud (Tesler, 2000). Se vuelve a la vez una respuesta al biopoder (“tendría que dejar el cigarro”) y una estrategia de reducción del daño dirigida a proteger la propia identidad como persona responsable que “sabe cuándo decir cuando”.¹²

INVESTIGACIÓN FUTURA

Voy a señalar a continuación algunas perspectivas futuras que considero importantes para la investigación antropológica sobre la vulnerabilidad, el riesgo y la reducción del daño. La literatura sobre riesgo, especialmente sobre la “sociedad del riesgo”, está pintada, en general, con brocha muy gorda. Para los antropólogos médicos, lo que realmente importa es la diversidad de la experiencia y de las respuestas al riesgo. Lo que necesitamos son descripciones más finas de cómo los individuos perci-

ben y se manejan frente a estados de vulnerabilidad y riesgo (Lupton, 1999: 102-103). Nos urgen estudios sobre cómo “ciudadanos inteligentes” (Giddens, 1994) enfrentan información parcial y muchas veces contradictoria sobre los factores de protección y de riesgos que afectan su salud. ¿Cómo reacciona esta gente a la información sobre riesgo y hasta qué punto su reacción depende de la forma y del contenido de la información o de la credibilidad de la persona que la da? Cuando la gente se siente vulnerable o sabe de un riesgo, ¿quién elige qué tipo de estrategia de reducción del daño, en qué circunstancias y con qué ramificaciones para ellos mismos y hacia los demás?

Para entender los gestos de reducción del daño de los individuos nos hace falta comprender mejor las relaciones sociales que se dan alrededor del riesgo y la vulnerabilidad. Hacen falta etnografías de cómo se maneja el riesgo dentro de los hogares y de las comunidades; etnografías sobre el riesgo social, es decir, el riesgo que amenaza la identidad social y las relaciones sociales existentes o potenciales. La preocupación por el riesgo social eclipsa muchas veces la que se refiere al riesgo físico. Entender cuándo sucede eso podría ayudarnos a desentrañar por qué determinada gente adopta o deja de adoptar medidas de prevención de la enfermedad y cuándo prefiere buscar la reducción del daño *a posteriori* (como tomar antibióticos después de relaciones sexuales de riesgo) a la prevención *a priori* (como usar un condón). Finalmente, tenemos que superar un enfoque centrado en el individualismo utilitario para tomar en cuenta las reacciones de las redes sociales al riesgo. Asimismo, hay que considerar ejemplos de cómo el riesgo puede movilizar a una comunidad a nombre de la protección y curación colectiva. La investigación futura sobre reducción del daño tendrá que dedicarle a la eficacia colectiva el mismo nivel de atención que le dedica ahora a la eficacia individual.

La reducción del daño es un tema que invita a que los antropólogos tomen en cuenta la diversidad de las formas en que la gente, en tanto que individuos y en tanto que grupos sociales, vive el riesgo y reacciona frente a él. Nos lleva a ponderar las grandes decisiones que buscan equilibrar las ventajas de corto plazo con las consecuencias potenciales a largo plazo.

¹² Me refiero aquí a la publicidad de la cerveza Budweiser incitando a tomar con responsabilidad.



Ricardo Ramirez Arriola

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, Ciudad de México, 1997.

UNA NUEVA MIRADA AL CONCEPTO DE 'REDUCCIÓN DEL DAÑO'

► 125

18 de septiembre de 2005

La reducción del daño es una dimensión importante de lo que Lupton (1999a: 104) ha llamado subjetividad del riesgo: las subjetividades del riesgo son “las formas en que la gente construye sus conocimientos sobre riesgo en el contexto de sus vidas cotidianas”. El estudio de estas subjetividades en el campo de la salud tiene cuatro dimensiones: 1) si, y hasta qué punto, los individuos se sienten en riesgo de desarrollar un problema específico de salud; 2) qué peso relativo se otorga a los riesgos sobre la salud con respecto a los riesgos sociales; 3) qué significa, para un individuo, estar “en riesgo”, y 4) cómo los individuos negocian esos “riesgos vividos”, incluyendo las prácticas que inician en reacción a sus propias percepciones en términos de evitar el riesgo y de reducir el daño. Mi argumento es que hemos estudiado mucho menos la cuarta dimensión que las otras tres.

Desde que en 2003 se publicó mi artículo original, he encontrado varios ejemplos más de prácticas de reducción del daño durante mi trabajo de campo en Estados Unidos y en Asia. Presentaré aquí unos pocos ejemplos más para ilustrar la pertinencia práctica de la exploración de las ideas locales sobre riesgo y vulnerabilidad, y de la definición de este concepto a la vez como una forma de pensar y un modelo de conducta. Tomo mis ejemplos de investigaciones en curso en antropología médica, que tienen importancia para la salud pública. El primer grupo de ejemplos me lleva de nuevo a la reflexión sobre las conductas ligadas al tabaco.

En los últimos tres años he trabajado de cerca con colegas de la India e Indonesia con el fin de desarrollar programas para dejar de fumar que sean culturalmente apropiados en estos dos países. Durante esta investigación

aplicada encontramos a mucha gente que había estado en contacto con mensajes educativos sobre el tabaco pero que seguía fumando. En algunos casos pensaban que ya estaban haciendo cosas que reducían para ellos el riesgo de fumar.¹³ Además de creer, erróneamente, que fumar una cantidad relativamente baja de cigarros no hace daño (en Indonesia es común pensar que se pueden fumar sin riesgo diez cigarros al día), y de pensar que los cigarros con filtro, los cigarros *light* o los cigarros caros son menos dañinos, algunos fumadores usaban varias prácticas de reducción del daño para limitar el riesgo acumulativo. Por ejemplo, en la India, los fumadores comen alimentos (piña, pepino y sandía) que limpien sus pulmones o beben grandes cantidades de agua porque piensan que ésta arrastrará fuera del cuerpo los químicos nocivos y el alquitrán.

Nuestro equipo también tuvo que tomar en cuenta las ideas locales sobre el daño a la hora de montar un programa para dejar de fumar que se centraba, a la vez, en los fumadores y en los miembros de su familia convertidos en fumadores pasivos. En Indonesia había gente que consideraba que ser fumador pasivo podía ser una ventaja. Argumentaban que como en Indonesia se fuma en todas partes era mejor ir construyendo resistencia a los efectos del humo como medio de reducción del daño. Pensaban que las personas no expuestas al tabaco tenían menos resistencia a los efectos negativos del humo y varios fumadores llegaban a la conclusión de que el humo tendría efectos más severos en aquéllas que en gente acostumbrada a fumar.

En ambos países encontramos gente que tenía reticencia a dejar de fumar de golpe. Pensaban que si de un día para otro cambiaban un hábito al que el cuerpo se había acostumbrado con el tiempo, podía ser una agresión que los haría vulnerables a las enfermedades y al daño latente acumulado en años de fumar. En algunos casos se mencionaban los síntomas que aparecen al dejar de fumar como prueba de que cortar de golpe el tabaco agredía al cuerpo. Aun si no eran la mayoría, algunas personas razonaban así, por lo que le dimos importancia a su temor

a “agredir el cuerpo” cuando iniciamos el programa. Desarrollamos múltiples estrategias para dejar de fumar tanto de forma abrupta como de manera gradual, para así responder a las distintas necesidades de la población.

En Estados Unidos he encontrado variaciones de estos mismos temas en un trabajo de campo reciente relativo al tabaco. Por ejemplo, varios hombres jóvenes fumadores me señalaron en entrevista que no les preocupaba mayormente porque, explicaban, fumaban poco, hacían mucho ejercicio y tomaban vitaminas que contenían antioxidantes (vitaminas C, E, A).¹⁴ Durante un estudio sobre el uso de la herbolaria y los complementos alimenticios en Estados Unidos, un colega y yo descubrimos que mucha gente tomaba esos medicamentos porque pensaba que reducían el daño provocado por la contaminación del ambiente, los aditivos de los alimentos y el tabaco. Los fumadores usuarios de medicinas alternativas y complementarias (CAM) señalaban que recurrían a productos naturistas (comidas e incluso vino) para limpiar el cuerpo de los residuos dañinos que se habían acumulado en años de fumar. En algunos casos los fumadores se proponían tomar estos remedios para reducir el daño acumulado sin dejar de fumar, mientras que en otros planeaban tomarlos para “limpiarse” a fondo como parte de una estrategia para dejar de fumar. Este razonamiento me hizo pensar en la posibilidad de incluir profesionales de las medicinas alternativas en algunos de nuestros programas para dejar el cigarro en Arizona.¹⁵

El tabaco nos enseña otras lecciones de salud pública en materia de reducción del daño. Mucha gente, al momento de pensar sobre el riesgo en su vida, razona en términos de “elegir el mal menor”.¹⁶ He conocido a mu-

¹³ El manejo de la percepción del riesgo y la reducción del daño deben acompañar las investigaciones sobre las percepciones del riesgo y de la vulnerabilidad. Sobre la importancia de la percepción del riesgo en el asunto del tabaco véase Weinstein (1999, 2001) y Slovic (2000).

¹⁴ Muchos estudios han examinado la percepción que tienen los fumadores del riesgo personal relativo que corren comparados con otros fumadores. La mayor parte de los fumadores piensan que están menos en riesgo que los otros. Existen pocos estudios que examinen por qué es así, y si intervienen en estas percepciones las prácticas de reducción del riesgo, como el ejercicio físico. Para una notable excepción véase Weinstein *et al.*, 2005.

¹⁵ Los enfoques biomédicos sobre el dejar de fumar no toman en cuenta la idea común de limpiar el cuerpo de “desechos” relacionados con el humo de cigarro, aun cuando es una preocupación generalizada asociada con un modelo hidráulico del cuerpo.

¹⁶ Hay gente que piensa el riesgo en términos de continuo o de jerarquía (Connors, 1992) y se concentra en los riesgos mayores. En algunos

chos fumadores que hablaban del uso del cigarro como una manera de reducir el daño provocado por el estrés. Consideran que para su bienestar inmediato, el estrés es más perjudicial que los cigarros, a los que ven como una forma de automedicación. Este razonamiento puede minar el esfuerzo por dejar de fumar, incluso en los grupos que más necesitan hacerlo. Por ejemplo, durante un estudio sobre mujeres empobrecidas de Arizona que fumaban durante su embarazo, nuestro equipo de investigadores descubrió que había familiares y hasta doctores que aceptaban que lo hicieran cuando pasaban por graves situaciones de estrés. A veces, las mujeres embarazadas también siguen fumando por otras razones. Recientemente, un colega que trabaja con mujeres afroamericanas en el Midwest encontró mujeres que fuman con la idea de tener un bebé más pequeño y, por tanto, un parto más fácil. Eso me recordó a varias mujeres a las que conocí en la India y que comían menos durante el embarazo por temor a tener un bebé muy grande y un parto difícil.

Pasemos del tabaco al control de peso: un número creciente de gente en Estados Unidos está siguiendo dietas altas en grasas o altas en proteínas (sin carbohidratos) como una medida drástica para perder peso, aun cuando están perfectamente enterados de la controversia en torno a los efectos secundarios a largo plazo de este tipo de dietas. A su manera de ver, los beneficios inmediatos físicos y psicosociales de la pérdida de peso superan el daño que estas dietas pueden producir. Se preocupan por los posibles efectos negativos de su nuevo régimen alimentario (efectos secundarios que se reflejan a corto plazo en mayor tiempo de tránsito digestivo, estreñimiento y diarreas, etc.) y les interesa tomar medidas de reducción del daño. Entre los que entrevisté, algunos trataron de contrarrestar los efectos secundarios de las dietas ingiriendo mezclas de vitaminas, laxantes y otros productos para “eliminar residuos” de su “sistema” —un sistema imaginado popularmente en términos hidráulicos—. Hace falta estudiar de cerca los efectos de estas dietas

cuando van acompañadas con prácticas de reducción del daño, dado el gran número de personas que adoptan esta conducta.

Sigamos ahora con la salud en el trabajo. Un creciente número de gente en Estados Unidos piensa que su entorno laboral es tóxico en un sentido u otro —ya sea en términos de calidad del aire, nivel de ruido, iluminación, estrés o turnos de trabajo que cambian demasiado seguido para que el cuerpo pueda adaptarse de acuerdo con sus ritmos circadianos—. Muchos trabajadores se ven atrapados entre dos exigencias contrapuestas. No pueden permitirse dejar su trabajo, pero si su trabajo los enferma, perderán su empleo por faltar al trabajo. ¿Qué pueden hacer en semejante situación? Ya lo señalé en el artículo original: la estrategia que muchos adoptan es tomar las cosas con sus propias manos mediante prácticas de reducción del daño. Es notable que buena parte de estas prácticas en Estados Unidos se deciden y aplican fuera del sistema de salud biomédico: tomar complementos alimenticios, ver a un quiropráctico, recibir masajes y hacer yoga, entre otros.¹⁷

La reducción del daño emprendida para reducir el riesgo laboral plantea importantes cuestiones de política y de salud pública, vinculadas a la política de la responsabilidad. Una de ellas, claramente, consiste en quién es responsable por la salud en ambientes de trabajo moderadamente malsanos pero en los cuales no se viola ninguna ley de sanidad o seguridad laboral: ¿el trabajador o el patrón? El lado bueno de las conductas de reducción del daño a iniciativa del trabajador es que pueden fortalecer su conciencia de ejercer el control e inducir cambios de conducta que son positivos. El lado malo consiste en que, al traspasar al trabajador la responsabilidad por su salud, se reduce para la empresa el incentivo de mejorar las condiciones de trabajo. Más aún, endosarle al trabajador esta responsabilidad a través de la ideología del “estilo de vida saludable” puede promover la ilusión y la falsa se-

► 127

casos mis informantes me señalaron que habían cambiado el consumo de una droga por el de otra como una manera de bajar su perfil de riesgo global. Ven eso como una forma de reducción del daño, considerando los focos de riesgos asociados con el uso de diferentes drogas.

¹⁷ El uso de medicinas alternativas y complementarias (CAM) en Estados Unidos se ha disparado en los últimos quince años (Eisenberg 1998; IOM, 2005). Más de cien millones de estadounidenses toma regularmente complementos vitamínicos. En este país, el gasto de los consumidores en vitaminas y minerales se duplicó en los últimos seis años y alcanza 6 500 millones de dólares al año.



Ricardo Ramírez Arriola

Cooperativa El Recuerdo, Jalapa, Guatemala, 2000.

guridad de que los esfuerzos individuales pueden compensar los riesgos para la salud en contextos laborales o ambientales malsanos. En muchos casos eso es simplemente imposible. Más aún, cuando la salud se considera una responsabilidad individual, se reduce la probabilidad de que se emprendan acciones colectivas —por lo menos hasta que surja una catástrofe mayor que logre movilizar a grupos de víctimas.

Los antropólogos pueden desempeñar un papel importante al investigar tanto los esfuerzos de reducción del daño de los trabajadores como los programas de salud preventiva y curativa de las empresas. Pueden evaluar cuál es la eficacia de los esfuerzos de los individuos y de los programas de las empresas y hasta qué punto son gestos simbólicos o simples escaparates destinados a mejorar la imagen de la empresa. Pueden comprobar si los trabajadores perciben los cambios decididos por la industria o los patrones como buenos para su salud y qué tipo de in-

tervenciones ligadas a la prevención o a la reducción del daño consideran ellos que sería necesaria en su lugar de trabajo. Creo que la antropología tiene un papel esencial que cumplir en materia de salud laboral —un papel que todavía no asume—.

Al pensar globalmente, los antropólogos también están en una buena posición para examinar la economía política y la ecología política de la repartición del daño. Por ejemplo, sería importante documentar las motivaciones de las empresas que “relocalizan el daño” contratando por fuera ciertos tipos de trabajo. ¿Cuál es el impacto de estas estrategias en los trabajadores de los países en desarrollo y en las comunidades afectadas por la contaminación ambiental? ¿Cómo hacen estas comunidades para tratar de reducir el daño que se les transfiere, a qué razonamientos epidemiológicos populares y a qué prácticas locales recurren?

Diré ahora unas palabras más sobre la industria de la reducción del daño. Hay dos observaciones que vale la pena, creo, volver a plantear y desarrollar un poco más. Primero, la reducción del daño es un mercado creciente en una época caracterizada por la proliferación de la información sobre riesgo,¹⁸ por umbrales cada vez más bajos de tolerancia a la incomodidad (Barsky, 1988),¹⁹ por la creciente desconfianza de los consumidores hacia la calidad de los productos y servicios (Dixon y Banwell,

¹⁸ Como lo señalan Gifford (1986) y Clarke *et al.* (2003), un rasgo importante de la era de la biomedicalización es que recurre a las estadísticas de riesgo epidemiológico que son significativas a nivel de un grupo poblacional y las convierte en supuestos factores de riesgo a nivel individual. Apenas se está empezando a estudiar el papel de los medios de comunicación y de la publicidad en este proceso (Kenen, 1996; Kitzinger, 1999), y la forma cómo el público interpreta y ubica estos riesgos (Tulloch y Lupton, 2001).

¹⁹ Japón ofrece una interesante lección de cómo la conjunción de los umbrales más bajos de tolerancia a los síntomas y del cambio en las ideas normativas sobre el envejecimiento puede producir un aumento significativo en la demanda de cuidados médicos, en la cual participan las pruebas de identificación del riesgo, los cuidados curativos y la reducción del daño. La sociedad japonesa alienta a los ciudadanos mayores (con seguro médico) que padezcan dolores o molestias a buscar atención médica y hacerse toda clase de pruebas diagnósticas. Durante años, el sistema de reembolsos recompensaba a los médicos que promovían este comportamiento. El resultado ha sido una situación de “tragedia de abastecimiento” en la cual el aumento exponencial del gasto médico obligó a reformar el sistema de salud (Normura y Nakayama, 2005).

2004)²⁰ y por la creciente biomedicación. La biomedicación es una nueva forma de medicación altamente tecnocientífica, que potencialmente ofrece técnicas de reingeniería del cuerpo, tratamientos personalizados y la eliminación hasta de riesgos potenciales (Clarke *et al.*, 2003).

Llamar la atención del público sobre el riesgo no sólo sirve para alertarlo sino que crea y alimenta negocios y mercados de pruebas diagnósticas y de productos de manejo del riesgo²¹ y de promoción de la salud. En muchos casos, los productos ofrecidos al público para reducir el daño pueden ser útiles para algunos, pero las ganancias resultan de venderlos a las masas. Eso se logra mediante llamados a la prevención y a la vigilancia, y exagerando los beneficios anunciados de los productos. Muchas veces, el uso masivo de productos de reducción del daño, si no ayuda, por lo menos no hace daño: el consumo generalizado del sinfín de alimentos que proclaman que reducen el colesterol entraría en esta categoría (Atrons, 1994). En otros casos, sin embargo, el mal uso o el abuso de productos de reducción del daño puede contribuir a crear nuevos riesgos de salud pública. Un ejemplo de eso es el auge de los jabones antibacteriales: el abuso de estos jabones puede favorecer la mutación bacteriana y la aparición de resistencias a los antibióticos.²² La biomedicación promueve también otra forma de alimentar

mercados. En el horizonte farmacogenético aparece la tendencia a personalizar la reducción del daño y los tratamientos médicos, enfoque según el cual los medicamentos estarían diseñados para adaptarse estrechamente al perfil genético (y en algunos casos étnico) de los individuos.

La presencia de productos de reducción del daño también puede afectar las motivaciones para cambiar conductas de riesgo. Hay que considerar bajo esta luz ciertas prácticas farmacéuticas. Tomemos, por ejemplo, el posible efecto de los fármacos antirretrovirales sobre las conductas sexuales. Varios anuncios recientes sobre estas medicinas dirigidos a la comunidad gay han alarmado a los activistas que trabajan contra el VIH-SIDA. Esos comerciales representan a modelos gays guapos y saludables que se dan la gran vida gracias a estos medicamentos milagrosos. Muchos activistas manifestaron con esa imagen públicamente su preocupación, ya que crece la impresión de que el VIH-SIDA no es tan grave, puesto que con los antirretrovirales uno puede vivir una vida larga y feliz.²³ Se preguntan si eso no va a traducirse en un mayor descuido frente al riesgo de contagio del VIH-SIDA y en una disminución en el uso del condón. Una investigación reciente de Davis *et al.* (2002) sugiere que las percepciones de la "carga viral" y las prácticas asociadas de reducción del daño bien podrían tener consecuencias en la conducta sexual.

Cambiaré ahora de perspectiva para proponer un ejemplo final de investigación sobre reducción del daño que demuestra cómo la promoción de la reducción del daño beneficia a la salud pública. Durante los últimos dos años tuve la oportunidad de trabajar en un estudio en varios países sobre la eficacia de los micronutrientes de zinc. Los resultados del zinc para reducir la duración, la gravedad y la repetición de las enfermedades diarreicas en niños pequeños están bien comprobados. El problema que se plantea es cómo promover entre las madres el uso de las tabletas de zinc sin que se reduzca el uso de la hidratación oral, una práctica que costó años generalizar.

²⁰ Es legítima la preocupación del público frente al flujo continuo de informes sobre la posible adulteración de los productos y la toxicidad del medio ambiente. Un informe reciente de 475 páginas producido por el Center of Disease Control (CDC) da una idea de la gravedad del daño que hemos hecho a nuestro propio nicho y de la contaminación impuesta al entorno en el cual vivimos. El informe señala que muchos adultos y niños estadounidenses actualmente cargan en sus cuerpos docenas de pesticidas y compuestos tóxicos usados en productos comerciales, de los cuales muchos están relacionados con amenazas potenciales para la salud (<<http://www.cdc.gov/exposurereport/>>). Apenas estamos empezando a entender los efectos a largo plazo para la salud de miles de compuestos químicos a los cuales estamos expuestos cada día.

²¹ Un buen ejemplo es la "quimio-prevención" del cáncer de pecho con los fármacos tamoxifén y raloxifene (Fosket, 2004). Fue necesario construir una categoría de alto riesgo de "pre-enfermedad" (Lock, 1998) para garantizar el uso de esos fármacos, seguido por su promoción directa hacia el público en general.

²² Los jabones y productos de aseo doméstico antibacteriales pueden fomentar la resistencia bacteriana. Considere, por ejemplo, el uso de productos que contienen triclosán o cloruro de benzalkonium (Chan-chuen *et al.*, 2001; Levy, 2002).

²³ Algunos estudios han confirmado que el uso de antirretrovirales se asocia con relaciones sexuales no protegidas en la comunidad gay (Díaz-clemente, 2002).

Mi equipo y yo enfrentábamos una doble tarea: a) convencer a las madres de seguir dando a los niños la solución para rehidratación oral mientras les daban una tableta diaria de zinc, y b) lograr que sigan dando estas tabletas de zinc durante catorce días, es decir, días después de la desaparición de los síntomas de diarrea.²⁴ Teníamos que desarrollar mensajes adaptados culturalmente que aludieran a las virtudes del zinc para reducir el daño, de manera que no vayan a verlo como una panacea contra la diarrea o un sustituto de las soluciones de rehidratación oral. Por ejemplo, en Filipinas se decidió presentar el zinc como una vitamina para la panza capaz de aumentar la resistencia y mejorar el apetito de los niños después de la diarrea.²⁵

Para terminar, repetiré uno de mis mensajes principales: es preciso estudiar la percepción del riesgo y la reducción del daño como dos caras de la misma medalla, complemento indispensable de toda investigación epidemiológica sobre grupos en riesgo, ambientes de riesgo y factores o marcadores de riesgo. A veces me preguntan si la reducción del daño no es simplemente otra manera de hablar de la prevención de enfermedades y de la promoción de la salud. Son, por supuesto, enfoques que tienen puntos en común, pero creo que el concepto de reducción del daño nos permite ver y entender algunas prácticas y modos de pensar en relación con la salud con más claridad.

Bibliografía

- Atrens, Dale M., 1994, "The Questionable Wisdom of a Low Fat Diet and Cholesterol Reduction", *Social Science and Medicine*, vol. 9, núm. 3, pp. 433-447.
- Backett, Kathryn, 1992, "Taboos and Excesses: Lay Health Moralities in Middle Class Families", *Sociology of Health and Illness*, vol. 14, núm. 2, pp. 255-274.
- Barsky, Arthur J., 1988, *Worried Sick*, Little, Browne Co., Boston.
- Baudrillard, Jean, 1981, *For a Critique of the Political Economy of the Sign*, Telos Press, St. Louis, Missouri.
- Bray, Francesca, 2003, "Genetically Modified Foods: Shared Risk and Global Action", en Harthorn y Oaks (eds.), *Risk, Culture, and Health Inequality: Shifting Perceptions of Danger and Blame*, Praeger Publishers Westport, Connecticut, pp. 185-208.
- Beck, Ulrich, 1992, *Risk Society: Towards a New Modernity*, Sage, Londres.
- , 1996, "World Risk Society as Cosmopolitan Society? Ecological Question in a Framework of Manufactured Uncertainties", *Theory, Culture and Society*, vol. 13, núm. 4, pp. 1-32.
- Bishat, Suman y Lester Coutinho, 2000, "When Cure is Better than Prevention: Immunity and Preventive Care of Measles", *Economic and Political Weekly*, vol. 35, núm. 8-9, pp. 697-708.
- Boonmongkon, Pimpawun, Mark Nichter y Jen Pylypa, 2001, "Women's 'Mot Luuk' Problems in Northeast Thailand: Why Women's Own Health Concerns Matter as Much as Disease Rates", *Social Science and Medicine*, vol. 53, núm. 8, pp. 1095-1112.
- , Jen Pylypa y Mark Nichter, 1999, "Emerging Fears of Cervical Cancer in Northeast Thailand", *Anthropology in Medicine*, vol. 6, núm. 3, pp. 359-380.
- Clarke, A. et al., 2003, "Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and US Biomedicine", *American Sociological Review*, núm. 68, pp. 161-194.
- Connors, Margaret M., 1992, "Risk Perception, Risk Taking and Risk Management Among Intravenous Drug Users: Implications for Aids Prevention", *Social Science and Medicine*, vol. 34, núm. 6, pp. 591-601.
- Conrad, Peter, 1993, "Wellness as Virtue: Morality and the Pursuit of Health", *Culture, Medicine, and Psychiatry*, vol. 18, núm. 3, pp. 385-401.
- Crawford, Robert, 1984, "A Cultural Account of 'Health': Control, Release, and the Social Body", en John McKinlay (ed.), *Issues in the Political Economy of Health Care*, Tavistock Publications, Nueva York, pp. 60-101.
- Davis, M., G. Hart, J. Imrie, O. Davison, I. Williams y J. Stephenson, 2002, "HIV is HIV to Me: The Meanings of Treatment, Viral Load and Reinfection for Gay Men Living with HIV", *Health, Risk and Society*, vol. 4, núm. 1, pp. 31-43.
- Dixon, Jane y Cathy Bantell, 2004, "Re-Embedding Trust: Unraveling the Construction of Modern Diets", *Critical Public Health*, vol. 14, núm. 2, junio, pp. 117-131.
- Diclemente, Ralph J., Ellen Funkhouser, Gina Wingood, Hala Fawal, Scott D. Holmberg, Sten H. Vermund, 2002, "Protease Inhibitor Combination Therapy and Decreased Condom Use Among Gay Men", *Southern Medical*

²⁴ El zinc sólo sirve para prevenir la recurrencia de episodios diarreicos si se toma durante catorce días seguidos, o sea, mucho después de que la mayor parte de los casos de diarrea hayan cedido.

²⁵ <http://www.inclentrust.org/downloads/zinc_manual_02_21_05.doc>.

- Journal*, vol. 95, núm. 4, Southern Medical Association, pp. 421-425.
- Eisenberg, D. M., R. B. Davis, S. L. Ettner, S. Appel, S. Wilkey, M. van Rompay y R. C. Kessler, 1998, "Trends in Alternative Medicine Use in the United States, 1990-1997: Results of a Follow-up National Survey", *The Journal of the American Medical Association*, vol. 280, núm. 18, pp. 1569-1575.
- Fosket, Jennifer, 2004, "Constructing 'High-Risk Women': The Development and Standardization of a Breast Cancer Risk Assessment Tool", *Science, Technology, and Human Values*, vol. 29, núm. 3, pp. 291-313.
- Foucault, Michel, 1980, *The History of Sexuality: Volume 1 An Introduction*, Vintage Books, Nueva York.
- Giddens, Anthony, 1991, *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age*, Polity Press, Cambridge.
- , 1994, *Beyond the Left and the Right: The Future of Radical Politics*, Polity Press, Cambridge.
- Gifford, Sandra M., 1986, "The Meaning of Lumps: A Case Study of the Ambiguities of Risk", en Craig R. Janes, Ron Stall y Sandra M. Gifford (eds.), *Anthropology and Epidemiology*, D. Reidel Publishing Company, Boston, pp. 213-246.
- Glick, L., 1967, "Medicine as Ethnographic Category: The Gimi of the New Guinea Highlands", *Ethnology*, vol. 6, núm. 1, pp. 31-56.
- Gorbach, Sherwood L., 2001, "Antimicrobial Use in Animal Feed-Time to Stop", *The New England Journal of Medicine*, vol. 345, núm. 16, pp. 1202-1203.
- Howard, Mary, 1994, "Socio-Economic Causes and Cultural Explanations of Childhood: Malnutrition among the Chagga of Tanzania", *Social Science and Medicine*, vol. 38, núm. 2, pp. 239-251.
- IOM (Institute of Medicine), 2005, *Complementary and Alternative Medicine in the United States*, National Academies Press, Washington.
- Ito Hardenbergh, Loren, 2001, *Swallowing Health Ideology: Vitamin Consumption among University Students in the Contemporary U.S.*, tesis de maestría, Departamento de Antropología, Universidad de Arizona.
- Jankowiak, William y Dan Bradburd, 1996, "Using Drug Foods to Capture and Enhance Labor Performance: A Cross Cultural Perspective", *Current Anthropology*, vol. 37, núm. 4, pp. 717-720.
- Kanato, M., 1994, *An Ethnographic-Participatory Study of Commercial Sex Workers Responding to the Problem of HIV/AIDS in Khan Kaen, Thailand*, tesis de doctorado, McMaster University.
- Kavanaugh, Anne M. y Dorothy H. Broom, 1998, "Embo-
- died Risk: My Body, Myself?", *Social Science and Medicine*, vol. 46, núm. 3, pp. 437-444.
- Kenen, Regina H., 1996, "The At-Risk Health Status and Technology: A Diagnostic Invitation and the 'Gift' of Knowing", *Social Science and Medicine*, vol. 42, núm. 11, pp. 1545-1553.
- Kitzinger, Jenny, 1999, "Researching Risk and the Media", *Health, Risk and Society*, vol. 1, núm. 1, pp. 55-69.
- Levy, S. B., 2002, "Factors Impacting on the Problem of Antibiotic Resistance", *Journal Antimicrob Chemother*, núm. 49, pp. 25-30.
- Lock, Margaret, 1998, "Breast Cancer: Reading the Omens", *Anthropology Today*, núm. 14, pp. 8-16.
- Lupton, Deborah, 1999, *Risk*, Routledge, Nueva York.
- Martin, Emily, 1991, "The End of the Body?", *American Ethnologist*, vol. 19, núm. 1, pp. 121-140.
- Mull, Dorothy S., 1992, "Mother's Milk and Pseudoscientific Breast Milk Testing in Pakistan", *Social Science and Medicine*, vol. 34, núm. 11, pp. 1277-1290.
- Nichter, Mark, 1986, "Modes of Food Classification and the



Ricardo Ramirez Arriola

Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, Ciudad de México, 1997.

- Diet-Health Contingency: A South Indian Case Study", en R. Khare y K. Ishvaran (eds.), *Modes of Food Classification in South Asia*, Carolina Academic Press, Durham, North Carolina, pp. 185-221.
- , 1987, "Cultural Dimensions of Hot-Cold and Sema in the Sri Lankan Health Culture", en L. Manderson (ed.), *Hot-Cold Conceptualization: A Reassessment*, edición especial, *Social Science and Medicine*, pp. 377-387.
- , 1994, "Illness Semantics and International Health: The Weak Lungs/TB Complex in the Philippines", *Social Science and Medicine*, vol. 38, núm. 5, pp. 649-663.
- , 1995, "Vaccinations in the Third World: A Consideration of Community Demand", *Social Science and Medicine*, vol. 41, núm. 5, pp. 617-632.
- , 2001a, "Vulnerability, Prophylactic Antibiotic Use, Harm Reduction and the Misguided Appropriation of Medical Resources: The Case of STD's in Southeast Asia", en Carla Obermeyer (ed.), *Culture and Reproductive Health*, Oxford University Press, Oxford, pp. 101-127.
- , 2001b, "India and the Political Ecology of Health: Indigestion as Sign and Symptom of Defective Modernization", en Linda Connor y Geoffrey Samuel (eds.), *Healing Powers: Traditional Medicine, Shamanism and Science in Contemporary Asia*, Greenwood Press, Nueva York, pp. 85-108.
- , 2002, "Social Relations of Therapy Management", en Mark Nichter y Margaret Lock (eds.), *New Horizons in Medical Anthropology*, Routledge, Nueva York, pp. 81-110.
- y Mimi Nichter, 1991, "Hype and Weight", *Medical Anthropology*, vol. 13, núm. 3, pp. 249-284.
- y David Van Sickle, 2002, "The Challenges of India's Health and Health Care Transition", en Alyssa Ayres y Philip Oldenburg (eds.), *India Briefing: Quickening the Pace of Change*, Asia Society Publication, Armonk, Nueva York.
- y Nancy Vuckovic, 1994, "Agenda for an Anthropology of Pharmaceutical Practice", *Social Science and Medicine*, vol. 39, núm. 11, pp. 1509-525.
- Nomura, Hideki y Takeo Nakayama, 2005, "The Japanese Healthcare System", *British Medical Journal*, núm. 331, pp. 648-649.
- Reddy, S., 1996, "Claims to Expert Knowledge and the Subversion of Democracy: The Triumph of Risk over Uncertainty", *Economy and Society*, vol. 25, núm. 2, pp. 222-254.
- Reidar, Almas, 1999, "Food Trust, Ethics, and Safety in Risk Society", *Sociological Research Online*, vol. 4, núm. 3, pp. U282-U291.
- Rungtip, Chuanchuen, Kerry Beinlich, Tung T. Hoang, Anna Becher, Roxann R. Karkhoff-Schweizer y Herbert P. Schweizer, 2001, "Cross-Resistance between Triclosan and Antibiotics in *Pseudomonas aeruginosa* is Mediated by Multidrug Efflux Pumps: Exposure of a Susceptible Mutant Strain to Triclosan Selects *nfxB* Mutants Overexpressing MexCD-OprJ", *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*, vol. 45, núm. 2, pp. 428-432.
- Scheper-Hughes, Nancy, 1985, "Culture, Scarcity, and Maternal Thinking: Maternal Detachment and Infant Survival in a Brazilian Shantytown", *Ethos*, vol. 13, núm. 4, pp. 291-317.
- Schlosser, Eric, 2001, *Fast Food Nation: The Dark Side of the All-American Meal*, Houghton Mifflin, Boston.
- Slovic, Paul, 2000, "What Does it Mean to Know a Cumulative Risk? Adolescents' Perceptions of Short-Term and Long-term Consequences of Smoking", *Journal of Behavioral Decision Making*, vol. 13, núm. 2, pp. 259-266.
- Sobo, Elisa, 1994, "Inner-City Women and AIDS: The Psycho-social Benefits of UnSafe Sex", *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 17, núm. 4, pp. 455-485.
- Stratton, Kathleen, Padma Shetty, Robert Wallace y Stuart Bondurant (eds.), 2001, *Clearing the Smoke: Assessing the Scientific Base for Tobacco Harm Reduction*, Institute of Medicine, National Academy Press, Washington.
- Tesler, Laura, 2000, *Locations of Self in Smoking Discourses and Practices: An Ethnography of Smoking among Adolescents and Young Adults in the United States*, tesis de doctorado, Departamento de Antropología, Universidad de Arizona.
- Tulloch, John y Deborah Lupton, 2001, "Risk, the Mass Media and Personal Biography: Revisiting Beck's 'Knowledge, Media and Information Society'", *European Journal of Cultural Studies*, vol. 4, núm. 1, pp. 5-27.
- Vuckovic, Nancy, 1999, "Fast Relief: Buying Time with Medications", *Medical Anthropology Quarterly*, vol. 13, núm. 1, pp. 15-68.
- y Mark Nichter, 1997, "Pharmaceutical Practice in the US: Research Agenda for the Next Decade", *Social Science and Medicine*, vol. 44, núm. 9, pp. 1285-1302.
- Weinstein, Neil D., 1999, "What Does it Mean to Understand a Risk? Evaluating Risk Comprehension", *Journal of the National Cancer Institute Monograph*, núm. 25, pp. 15-20.
- , 2001, "Smokers Recognition of Their Vulnerability to Harm", en Paul Slovic (ed.), *Smoking Risk, Perception, and Policy*, cap. 5, Sage Publications, Thousand Oaks, California, p. 81-96.
- , S. E. Marcus y R. P. Moser, 2005, "Smokers' Unrealistic Optimism about their Risk", *Tobacco Control*, vol. 14, núm. 1, pp. 55-59.
- Williams, Simon, 1998, "Health as Moral Performance: Ritual, Transgression and Taboo", *Health*, vol. 2, núm. 4, pp. 435-457.