

MEDICINA TRADICIONAL EN LA FRONTERA NORTE

Margarita Nolasco*

I. LA FRONTERA NORTE

La frontera norte de México está formada por 38 municipios pertenecientes a 6 estados de la República mexicana (mapa 1). Se trata de una extensa superficie que suma 219,123 kilómetros cuadrados, con poco más de 3,200 kilómetros de colindancia directa con los Estados Unidos de Norteamérica. Esa región fronteriza presenta características sociales, culturales y económicas que la hacen distinta a otras regiones del país.

La especificidad de la frontera norte se relaciona con su situación geopolítica; está habitada por 3.7 millones de personas (1986. Cuadro 1) que tiene una cultura y un sistema de valores mexicanos, pero que consumen y utilizan bienes espirituales y materiales norteamericanos: consumen alimentos y visten ropas de Estados Unidos; en el taller, sus herramientas y maquinarias, y en el hogar, sus aparatos electrodomésticos, son norteamericanos; con frecuencia trabajan o estudian en instituciones "del otro lado", y hasta se divierten oyendo y viendo los programas "gringos". La influencia de la cultura y el *american way of life* (estilo de vida norteamericano) está presente en cada momento, en cada aspecto de la vida del fronterizo mexicano. Las ideas sobre salud y enfermedad, por supuesto, no pueden escapar a esta situación.

Para ubicar el problema, se describen someramente algunas características generales de la frontera norte, de sus condiciones sanitarias y después se trata sobre ciertas ideas y conceptos mexicanos y fronterizos alrededor de

salud y enfermedad que se presentan en esta región.

Los 38 municipios que colindan con el vecino país del norte pueden dividirse en cinco conjuntos, según sean muy urbanos (5 municipios. Cuadro 1), urbanos (7 municipios), semiurbanos (6 municipios), semi-rurales (12 municipios) y muy rurales (8 municipios). Casi la mitad del total de la población fronteriza se agrupa en los municipios muy urbanos (48.3%. Cuadro 1) y más de un tercio en los municipios urbanos (39.1%). Puede considerarse que la cultura de la frontera norte es básicamente una cultura urbana. Sin embargo, para los últimos tres quinquenios (1970 en adelante), más de una cuarta parte de la población no ha nacido en esos municipios sino que procedía de otros localizados en el centro y sur del país. Es sabido que la población rural migrante no ha cambiado sus costumbres, sus ideas y sus creencias con la misma rapidez con que cambia de domicilio y de municipio, sino que conserva éstas por algún tiempo. En aquellos casos como es el de la frontera norte, en donde existe una migración rural-urbana significativa, se da el fenómeno de "ruralización" del proceso de urbanización, es decir, que hechos, ideas, costumbres y creencias de origen rural, se encuentran en el medio urbano, en flagrante contradicción con las ideas, creencias, patrones culturales e instituciones urbanas, pero coexistiendo con ellas o junto a ellas como una contradicción transitoria. Cuando la migración es continua, el fenómeno transitorio se convierte en permanente, porque siempre hay nuevos inmigrantes que le dan vida.

Los municipios muy urbanos y urbanos, que congregan el 87.4% del total de la población fronteriza, atraen a dos tercios de la inmigración que se dirige a la frontera norte. En la

*Médico cirujano. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, México, D.F.

década 1970-1980 casi 50 mil inmigrantes llegaron a la frontera (Saldo Neto Migratorio de los municipios muy urbanos, 21.4 miles y de los urbanos, 27.8 miles. Cuadro 1) y la tendencia parece continuar en la presente década. Los municipios rurales y muy rurales, siguiendo la tendencia nacional expulsan población (Cuadro 1) que seguramente se dirige "al otro lado" o a los demás municipios urbanos fronterizos. De cualquier manera, en la frontera norte habita una población mayoritariamente urbana con fuertes componentes rurales que la penetran íntimamente, influenciada por otra cultura, con bases ideológicas distintas y con valores ajenos. Así es la frontera norte de México.

Las funciones económicas fronterizas son diversas, pero tomando en consideración el monto del ingreso bruto en cada zona económica social y la diversificación de la ocupación, tenemos que gran parte de los municipios muy urbanos se caracterizan por tener una economía diversificada: servicios por un lado e industria (maquiladora en el centro y oeste, y ligada con el petróleo también en el este) por el otro. En estos municipios buena parte de la riqueza generada y de la mano de obra ocupada fue en comercio, turismo, transporte, servicios personales, maquiladora y otros. En cambio los municipios rurales, algunos semiurbanos y urbanos, son agrícolas y ganaderos, con cultivos diversificados y dedicados básicamente al comercio. En lo económico llaman la atención varios hechos: 1. La importancia creciente de la industria maquiladora, tanto en mano de obra ocupada como en divisas generadas, de tal forma que si hace 5 ó 6 años su importancia regional no era proporcionalmente elevada ahora sí lo es. El capital involucrado en la industria maquiladora es grande, pero mucho mayor es el invertido en los servicios (turismo y comercio). Aún más, el capital ligado a la maquiladora es por principio transnacional y se manifiesta en inversiones bajas en este lado de la frontera para la instalación de una planta maquiladora que sólo realiza parte del proceso de producción, esa es la parte que exige más mano de obra. Adquiere aquí algunos otros insumos, como energéticos, pero en general opera como los capitales de "enclave económico", es decir, que utilizan el es-

pacio y la mano de obra local para terminar de producir artículos que se venden en el exterior, con insumos que en su mayor parte también proceden del exterior. Obviamente, la plusvalía y la rentabilidad total del capital también se acumulan exteriormente.

Otro hecho importante es: 2. Que sólo los municipios preponderantemente agrícolas están ligados a una economía propia, a pesar de que destinan parte de sus productos a la venta al exterior. Algunos municipios de Coahuila, como Nava, Guerrero y Piedras Negras, tienen una economía ligada con recursos propios en las áreas de minería (carbón no coquizable para la producción de electricidad), agricultura y ganadería para el consumo propio y para la venta. Otro municipio más, Reynosa, diversifica su economía con actividades ligadas al petróleo. Todos estos municipios contrastan con los dedicados a los servicios y a las maquiladoras, que se ven sujetos a los avatares de la relación capitalista fronteriza, mientras que los de este conjunto siguen más las vicisitudes del desarrollo nacional.

Un tercer caso sería: el de los municipios muy poco diversificados, pequeños, poco importantes, con escasas ligas con Estados Unidos (tan pocas como es posible que tengan los municipios colindantes con un país grande y poderoso en el mundo), sin industria propia de ningún tipo y con producción agrícola poco importante. Estos municipios usualmente rurales y muy rurales, simplemente conviven con sus vecinos del norte y conservan su propia cultura, más por inercia que por resistencia.

Los 9 municipios más grandes e importantes de la frontera norte (Tijuana, Juárez, Reynosa, Nuevo Laredo, Ensenada, Mexicali, Piedras Negras, San Luis Río Colorado y Matamoros. Cuadro 1) dedican buena parte de sus servicios comerciales, turísticos y personales, a los norteamericanos que llegan a la región en busca de ellos. Son servicios en los que se venden como gran atractivo dos cosas: folklore y servicios no aceptados socialmente (vicio, drogradicción, prostitución, juego y otros). Esto da una tónica especial a la cultura de la frontera norte que, como ya se indicó es urbana, pero ruralizada, y está además fuertemente penetrada por los patrones de vida y de consumo norteamericano. Así, ciertos princi-

pios éticos ligados con los valores tradicionales del mexicano empiezan a deteriorarse, lo que se manifiesta en dos extremos, por un lado en su casi total abandono, y por el otro en una rigidez casi absurda en su cumplimiento. Tal sería el caso, por ejemplo, en la posición ambivalente y extremosa con respecto al trabajo de la mujer-hija, de la mujer-esposa, o con respecto a la liberación femenina y a la virginidad. Al respecto, hay posiciones bien determinadas por los valores mexicanos, que en muchos casos son diferentes y contrastan con los norteamericanos.

La migración y las condiciones económicas críticas de México han propiciado ciertos problemas fronterizos. Por ejemplo, hay un cierto desequilibrio entre la población masculina y la femenina, que lleva a una ligera preponderancia de las mujeres en los municipios muy urbanos, donde ésta encuentra más fácilmente trabajo; lo anterior contrasta con la también ligera preponderancia masculina en los municipios muy rurales, donde este sexo encuentra más fácilmente trabajo (Cuadro 2). Al parecer, estas diferencias son mayores en la población en edad de reproductividad (de los 15 a los 49 años). Como aún no existe una enfermedad que mate más hombres que mujeres, o viceversa, el desequilibrio debe atribuirse a la migración, y hay que verlo como un síntoma, primero, de desintegración social. La migración no suele realizarse por grupos familiares totales sino que usualmente uno o dos miembros (padre o hijos, hermanas o hijas) suelen migrar, y si las condiciones son favorables llaman posteriormente al resto de la familia. Si son personas solas o con pocas ligas familiares pueden establecer su propia familia. El encontrar más hombres que mujeres, o más de éstas que hombres, habla de una migración selectiva de personas que migran solas y que con frecuencia dejan una familia desintegrada en sus lugares de origen, y que aún no se han integrado a otro grupo familiar en su punto de destino migratorio. Todo esto constituye la base de un grave problema de desintegración social. Las cifras, al parecer, muestran un pálido reflejo de ello.

En la vivienda también pueden apreciarse problemas producto de la migración acelerada, de la pobreza nacional y sobre todo, de

la desigualdad económica prevaleciente en el país. Las tasas de hacinamiento medidas en habitantes por cuarto, son altas, y en los municipios muy rurales con más de dos personas por cuarto lo son más (Cuadro 2). En general, las ciudades grandes presentan índices de hacinamiento más bajo, pero es en éstas donde el precarismo es mayor. Un ejemplo al respecto es Tijuana, con una tasa de hacinamiento de las más bajas de la frontera norte (1.64 personas por cuarto), pero en la que se presentan casas que no son más que refugios temporales por lo frágiles, o como sucede con la gran mayoría de las colonias precarias, proceden del desecho norteamericano. En efecto, compran allá pequeñas casas prefabricadas de madera, que han sido desechadas después de años de uso, las pasan al lado mexicano y les sirven de vivienda. Usualmente se trata de casas de una estancia, una recámara, cocina y baño, y son habitadas por cinco y más personas. Como no existen las facilidades municipales de allá, en lo que hace a los servicios, con frecuencia el baño es un adorno y la cocina es casi inoperante. El agua se acarrea, el drenaje es a cielo abierto y muchas colonias no están electrificadas. Las condiciones de vida fronterizas, en la vivienda, no son las adecuadas.

Las condiciones culturales (urbanas, pero ruralizadas y penetradas fuertemente por la cultura norteamericana, como ya se indicó) y las sociales (economía ligada en forma extensiva con los servicios en cuyo fondo se encuentra la venta de folklore y de actividades antisociales; dependencia, migración, desintegración y hacinamiento) no muestran un panorama propicio para una adecuada salud personal y pública, y no sólo en relación al aspecto mental sino también a la salud física, ya que buena parte de las enfermedades se desarrollan o no de acuerdo con el medio que rodea al individuo. Por ejemplo, los padecimientos gastrointestinales, la tuberculosis, las enfermedades infantiles, etc., hacen fácil presa de individuos desnutridos y que viven en hacinamiento o en medios donde prolifera la promiscuidad y la prostitución, ciertas enfermedades se extienden rápidamente (gonorrea, sífilis, flor de Vietnam, chancros y otros).

II. LAS CONDICIONES PARA LA SALUD

¿Qué condiciones institucionales se presentan en la frontera norte para atender la salud de sus habitantes? En México existe un avanzado sistema de seguridad social que proporciona asistencia médica a sus agremiados. En la frontera norte, sin embargo, menos de un tercio de sus habitantes pertenece a alguno de los burocratizados servicios médicos institucionales (IMSS, ISSSTE, militares), situación, con todo, mucho mejor que en el resto del país donde difícilmente más de un 25% están afiliados realmente a tales servicios.

Se supone que en Estados Unidos hay alrededor de 112 camas de hospital por cada 10 mil habitantes (1984), y que en México tenemos en promedio 45 por la misma cifra de habitantes (1983). En países socialistas, como Rumanía o Cuba, hay cerca de 180, y en la URSS, situación óptima, cuentan con algo menos de 200 camas por cada 10 mil habitantes (1984). Las cifras anteriores, en todos los casos se refieren a promedios, y usualmente en las grandes metrópolis y urbes se concentran los servicios hospitalarios dejando grandes áreas rurales sin servicios. Pero tales hechos suelen agravarse en los países dependientes o subdesarrollados, en los que el progreso desigual suele ser una característica básica. En México, por ejemplo, la gran desigualdad en la distribución de servicios es manifiesta. En las regiones más importantes del país (las cinco grandes áreas metropolitanas: México, Guadalajara, Monterrey, Puebla y León) y en la frontera norte (sobre todo en los 5 municipios muy urbanos. Cuadro 2) se congrega el 75% de las camas de hospital, tanto públicas como privadas. De ahí que 12 municipios fronterizos presenten un panorama mejor que el promedio de los Estados Unidos (más de 112 camas por cada 10 mil habitantes, en proporción); otros 14 cuentan con más camas que el promedio nacional (más de 45 camas por cada 10 mil habitantes. Cuadro 2) y sólo 6 municipios están abajo del promedio nacional (de otros 6 municipios, no se tuvo información precisa, no porque no tengan camas de hospital sino porque no las han registrado. Cuadro 2). Por supuesto, en cada caso hay que tomar en cuenta el tamaño del municipio, y que mu-

chos de ellos dan servicios regionales como es el caso de Mexicali, B.C., Piedras Negras, Coah., Reynosa, Tamps., o ciertos centros urbanos pequeños, que dan servicio más allá de sus límites municipales como: Nogales, Cananea y Caborca en Sonora. (Mapa 1 y Cuadro 2.)

De todas formas, para casi el 80% de la población fronteriza (la muy urbana y la urbana) la dotación de camas de hospital es relativamente adecuada, aún cuando un tercio de la población tenga acceso a las públicas y el resto tenga que buscar las privadas. Las primeras, siguiendo la tendencia nacional, son más del doble de las segundas. Existe de todas formas una gran población fronteriza que no cuenta con este servicio. Por otro lado, aquellos que cuentan con recursos económicos suficientes hacen uso de los servicios norteamericanos. Otros, los económicamente más débiles, simplemente prescinden de este servicio y se dirigen a la medicina tradicional.

Con respecto a la dotación de médicos sucede algo similar, más de la mitad de los municipios presentan un panorama óptimo y en pocos casos la deficiencia al respecto es extrema (Cuadro 2). En algunos países socialistas se supone que un médico por cada 350 habitantes es una proporción adecuada. Otros países desarrollados calculan que un médico por 1,500 habitantes es suficiente. En el IMSS de México se calcula que la existencia de un médico familiar por cada 3,500 derechohabientes es lo conveniente. Esta última proporción daría 3 médicos por cada 10 mil habitantes, y salvo en los 7 municipios en los que no hay médico, en la frontera norte la proporción anterior se supera con mucho (Cuadro 2).

Los médicos dan servicio en sus municipios pero, al igual que los hospitales, con frecuencia tienen radios de acción mucho mayores. Ciertas consejas populares y amarillismo periodístico atribuyen a los médicos fronterizos otras actividades, además de las relacionadas con la salud. Se supone que hacen abortos (sin preguntas molestas y a cualquier paciente), operaciones de cirugía plástica para reconstruir la virginidad y estéticas, curaciones son brebajes no muy especificados de enfermedades como el cáncer y otras, a personas que no residen en los municipios fronterizos, sino del

otro lado de la frontera. Buena parte de este problema de sociopatología médica se está resolviendo con la legislación que permite el aborto allá y con los cambios sobre todo en la juventud de habla hispano-norteamericana, que está tomando otra posición con respecto a la virginidad.

Hasta aquí se ha mostrado un breve panorama de ciertos aspectos de la cultura en la sociedad fronteriza. Se trata de una cultura mexicana urbana, con fuerte y continuada influencia rural, y sumamente penetrada por la cultura norteamericana, que tiene una economía ligada a su condición de frontera, con problemas de migración selectiva, hacinamiento, pobreza, y con una dotación de servicios médicos y hospitalarios mejor que la del resto del país, pero accesible sólo a parte de la población. Además, los médicos dan servicios no aceptados socialmente a la población residente del otro lado de la frontera. Es un panorama caótico y conflictivo que, paradójicamente, se encuentra adecuadamente estructurado en una forma social: "la cultura de frontera".

III. SALUD Y ENFERMEDAD

Cada cultura tiene una serie de conocimientos ordenados y sistematizados alrededor del campo de la salud y de la enfermedad. A través del tiempo se ha llegado a una aceptación social de lo que es enfermedad, su curación, las técnicas, instrumentos y elementos que intervienen en la misma, sus causas, el pronóstico y hasta la visión social de cada enfermedad. Es el propio individuo y el grupo pequeño que lo rodea los que deciden qué es estar enfermo, cuál es la posición social del enfermo (según enfermedad), quién debe curar, cuál la curación y el pronóstico, y a quién o a qué se debe dicha curación.

Qué es estar enfermo. Hay varias ideas respecto a esto. En general, en la frontera, los poseedores de una cultura urbana, alfabetos, suponen a la enfermedad ligada con la calentura, los dolores, la pérdida de peso y la palidez. Otros, más influenciados por el modernismo y por la cultura norteamericana, se suponen sanos cuando el chequeo médico anual así lo revela, en tanto, son sospechosos de enfermedad. De cualquier manera, ellos de-

cidan (y no el médico) que están enfermos, y deciden qué hacer: si su enfermedad requiere médico, recurren a él y si no, siempre en su opinión, se automedican. El automedicamentarse, ayudado en México por la propaganda de remedios y por una política demasiado amplia en la venta libre de medicinas, es el grave problema de este grupo.

Por otro lado, una persona de origen campesino (y gran parte de los fronterizos han llegado del campo, recuérdese. Cuadro 1) pensará que estar enfermo no sólo es cuando tiene "calentura o fuertes dolores", sino "cuando están trabajados" y "tienen ansias y se les engarruñan las manos", tienen "malos humores", se les "tapó la orina" (Sonora), o se "pasmaron", les dio "calor por retención de sangre", tienen "fuerte mal de vientre" (Chihuahua), además de los conocidos "mal de aire", "sumida de mollera", "perder el alma" o "voltearse el cuajo".

Si es la persona la que decide qué es estar enfermo y a quién recurrir para su curación, es obvio que su cultura y la posibilidad de acceso a los servicios médicos influirán en su decisión.

Al IMSS llegan mujeres con niños con "molleras sumidas" o con un pavoroso "mal de ojo" y el médico en lugar de explicar y educar a su paciente lo regaña y lo envía con cajas destempladas a su casa ¿Qué es lo que pasa en estos casos? Que este tipo de población sólo recurre al médico en casos extremos, cuando la automedicación, la curación con hierbas o el recurrir a curanderos o brujos no le dio ningún resultado.

La posición del enfermo. Otro aspecto importante es la posición del enfermo. Toda cultura ha asignado ya ciertos valores a las enfermedades y así se supone que algunas son debidas a la mala suerte (tomó algún alimento y le "cayo mal", sea niño o adulto), al tipo de ocupación (está "muy trabajado", por eso tiene "las manos así" —reumatismo—, o por eso "le duele tanto el pecho y tiene ansias" —corazón—), o francamente a un castigo divino (no sólo las enfermedades venéreas sino cualquier otra enfermedad ligada con el aparato génito-urinario). Cualquier mujer mexicana está dispuesta a hablar horas y horas seguidas sobre sus padecimientos bronquiales

(asma, silicosis, tuberculosis, y otras etc.), pero será incapaz de mencionar siquiera, y frecuentemente ni a su propio médico familiar, sus úlceras en la matriz o un prolapso; el hacerlo será ir contra el tradicional pudor de la mujer latinoamericana.

Esta concepción de la enfermedad ligada con el pudor y el castigo divino, tan judeocristiana, contrasta ampliamente con las ideas al respecto de la cultura sajona. Aquellos que intentan sentirse modernos, más cosmopolistas, o están dominados por la cultura norteamericana, intentan romper con esta serie de concepciones pero hay todo un medio social, siempre reforzado por la continua corriente de migrantes y por el etnocentrismo nacional siempre presente, que lo impide y hace entrar a estas personas en fuertes contradicciones consigo mismas. Contradicciones que se manifiestan, obviamente, en serios conflictos y en la necesidad de escapes para su derivación (neurosis, alcoholismo), lo que aumenta los problemas de salud.

Por otro lado, el admitir que se está enfermo y aceptar el peso valorativo de dicha enfermedad, están muy ligados con el *origen de la enfermedad*. Aquellos de cultura urbana, influenciados por los norteamericanos, tienen ideas mecanicistas y buscan causas físicas, visibles, supuestamente reales ("se cayó", "se rompió un fémur", entonces sí está enfermo; o "tomó sin hervir", "captó bacilos y así que se enfermó"), y no aceptan las enfermedades psicósomáticas o aquellas otras cuya causa no es materialmente dilucidable. Para ellos no existe la angustia por el ritmo rápido de vida, o por la inseguridad en el empleo, etc. Piensan que en estos casos no hay enfermedad y por eso no encuentran la forma de explicar muchos de los casos de alcoholismo compulsivo o de conductas antisociales.

Los campesinos recién llegados, deciden por su parte, que si el origen de la enfermedad es la voluntad divina, pues la acatan (gonorrea, se pecó, ese es el castigo y hay que sufrirlo con paciencia), o piden a la deidad gracia divina (parálisis infantil del hijo, como castigo del mal comportamiento de los padres, por lo que sólo resta pedir a la virgencita de Guadalupe la mejoría del niño).

Quién debe curar y qué métodos seguir. Aho-

ra bien, la enfermedad, el origen y la valoración social de la enfermedad deciden quién debe curar y qué métodos seguir. Entre más urbana y supuestamente más moderna es la cultura más se deciden por ir con un médico y al hospital, sin importar la gravedad o no de la enfermedad. En ciertos medios, el internarse para un chequeo rutinario, para un catarro o para una operación del corazón, más que la solución a un problema de salud, es un asunto de prestigio. Aquí también hay choques culturales. Aquellos de cultura judeocristina tienen la idea católica de compartir el sufrimiento, y entre más cercano es el parentesco, más hay la obligación social de compartir el sufrimiento con el enfermo. Si hay que internar a éste, una madre mexicana será considerada como descastada si no acompaña al hijo al hospital, o una esposa a su marido, y salvo que se tengan programas especiales, como en Cuba, de madre-acompañante, no hay muchas posibilidades reales de que la madre o la esposa acompañen y compartan el sufrimiento de su pariente.

De todas formas, son dos valores que se encuentran en oposición: el enfermo debe curarse en casa, o si se lleva al hospital debe ir acompañado de un pariente cercano y por otro lado, el hospital es el lugar ideal para curar todo, y ahí no se debe molestar al enfermo con visitas familiares numerosas o largas. Este problema se da en casi todas las grandes ciudades mexicanas, pero se agudiza más en la situación fronteriza porque se tiene el ejemplo-demonstración de lo que acontece del otro lado, en la cultura anglosajona, o con los chicanos y mexico-norteamericanos que ya están culturizados.

Hay curanderos mágicos en la frontera (se han podido detectar en las tres grandes ciudades fronterizas: Mexicali, Tijuana, B.C. y Ciudad Juárez, Chih.), que curan a base de exorcismos religiosos o que ofrecen curaciones milagrosas con panaceas creadas por ellos mismos, y casi para toda enfermedad. Pero también se ha podido recoger una amplia herbolaria curatoria, y si todavía existe el conocimiento sobre su existencia y efectos curativos, seguramente es usada de manera más extendida que la que aparentemente se observa en un primer análisis de campo. Esta lista

abarca 113 vegetales, 7 minerales y 4 sustancias de origen animal (Listado 1), fue recogida básicamente en Sonora y en Baja California, pero muchos de ellos también se encontraron en Chihuahua.

Muchas de las plantas son usadas también en el centro de México, pero otras parecen ser exclusivas de la frontera norte. Valdría la pena ver si se conocen del otro lado de la frontera, o si son parte únicamente del patrimonio cultural popular mexicano. Al parecer, muchos de estos elementos tienen ciertos principios realmente curativos, pero otros no. Más de la mitad datan de la época colonial, puesto que también se mencionan en un manuscrito del siglo XVIII (*El Rudo Ensayo*, de Jean de Nentuig), pero de otros no se ha podido determinar su antigüedad.

Desgraciadamente no se puede saber qué tan extendidos están estos conocimientos y qué tan amplio es su uso entre la población fronteriza del norte de México. Se supone que al menos un tercio de la población conoce buen parte de este repertorio tradicional de medicamentos, pero que lo usa mezclado con remedios occidentales de amplia difusión, como cafiaspirinas, alcohol, éter, ungüentos, penicilina, etc. En el otro extremo, un 10 o un 15% de la población no los conoce, no ha oído hablar de ellos, y no los usaría nunca por considerarlos síntomas de ignorancia o producto de tontas consejas populares.

IV. COMENTARIOS FINALES

Los problemas de salud y enfermedad en la frontera norte de México son complejos, mucho más acentuados por la cultura de frontera que se presenta en la región. Por un lado hay ideas y creencias tradicionales campesinas, procedentes del norte y centro de México, y por otro lado está presente la cultura anglosajona con sus ideas mecanicistas, operando fuertemente como una penetración ideológica y como parte del efecto-demostración que se da por la coexistencia territorial. La cultura de frontera, con sistemas de valores que se niegan y se contraponen entre sí, hace más problemática la situación, y los mecanismos de derivación y de ajuste al conflicto emanados de esta misma cultura de frontera sólo agrava-

van los problemas de salud; aquí, más que en otras regiones del país, se requiere de campañas de educación sanitaria que orienten a la población para usar racionalmente los servicios institucionales existentes, para valorar en su justa riqueza a la medicina tradicional y para enfrentarse al problema de salud-enfermedad con criterios más amplios, pero dentro del marco de valores de la cultura nacional.

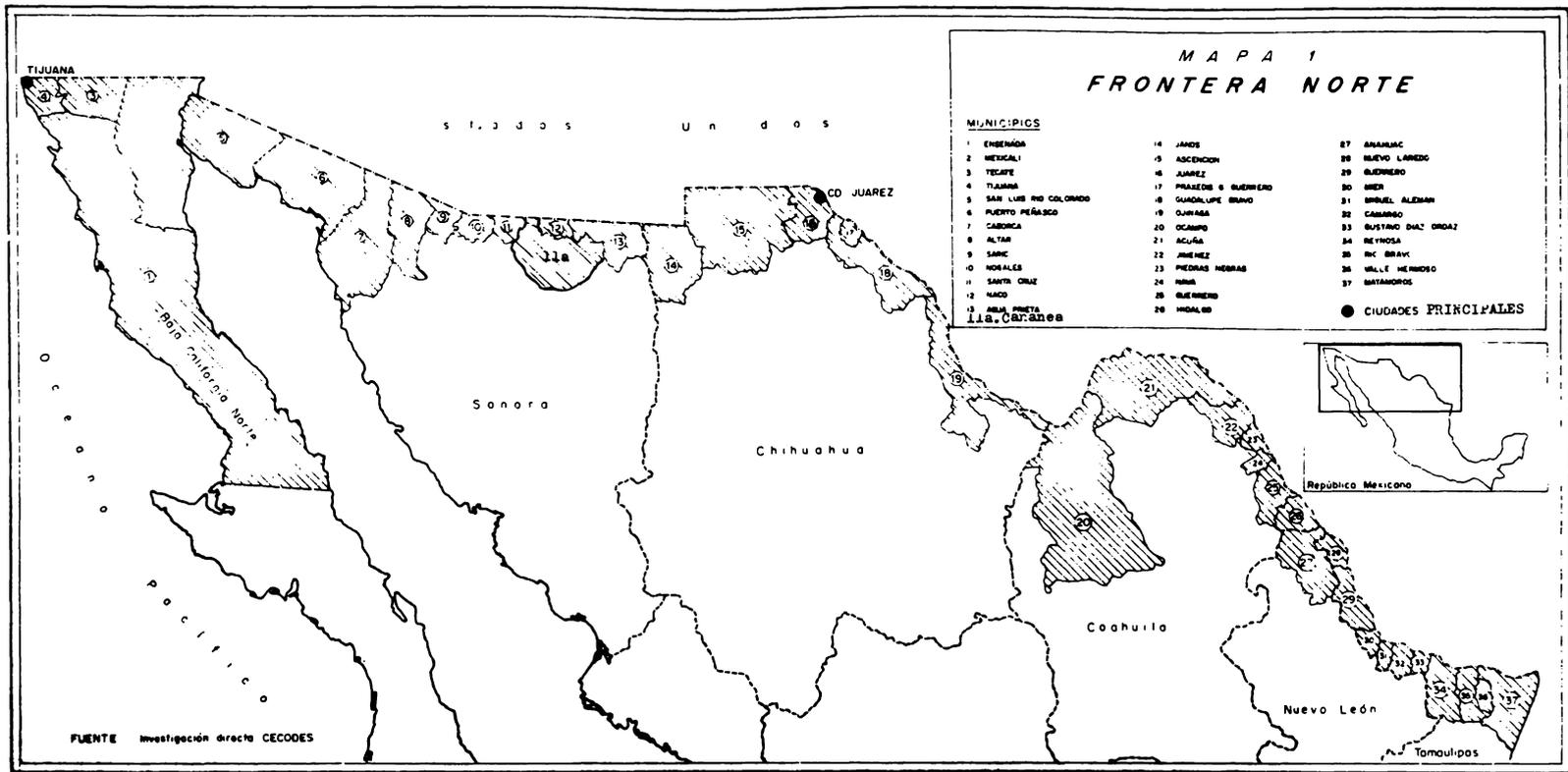
LISTADO 1.

I. VEGETALES

1. Acederas
2. Ajenjo o estafiate
3. Tuparo
4. Ajos
5. Anís
6. Apio
7. Azahar
8. Camotes
9. Bledo
10. Borraja
11. Cacahuete
12. Caña dulce
13. Cardo Santo
14. Cebadilla o elebero
15. Cebolla Albarrana
16. Cicuta
17. Chicoria silvestre
18. Cominos
19. Culantro
20. Culantrillo del pozo
21. Doradilla
22. Endivia
23. Escarola
24. Fafara o uña de caballo
25. Grama
26. Granada agria o dulce
27. Higuierilla
28. Hierba de la golondrina
29. Morabuena
30. Manzanilla
31. Moral
32. Moras
33. Hinojo

34. Llantén
 35. Lengua de buey
 36. Limones
 37. Malva
 38. Madroños
 39. Mostaza
 40. Naranja agria y dulce
 41. Nabo
 42. Olivo
 43. Orégano
 44. Ortiga
 45. Peonías
 46. Pimiento
 47. Pimpinela
 48. Perejil
 49. Paleo
 50. Quelite
 51. Rábano
 52. Rosa de Castilla
 53. Romero
 54. Ruda
 55. Salvia
 56. Saucó
 57. Sangre de Grado
 58. Siempreviva
 59. Suelta con Suelta
 60. Trébol o trifoli
 61. Trementina
 62. Tomates
 63. Jitomates
 64. Tomatillo
 65. Verbena
 66. Verdolaga
 67. Visco
 68. Toxi de encina
 69. Xarilla
 70. Xicarilla
 71. Naguat
 72. Negrilla
 73. Hierba de anís
 74. Hierba de las calenturas
 75. Hierba de la víbora
 76. Hierba del pasmo
 77. Hierba del manso
 78. Hierba de golondrina
 79. Pipichagui
 80. Cha
 81. Guanepile
 82. Cocolmecate
 83. Sanari
 84. Toloache o estafiate mayor
 85. Chicura
 86. Gomilla de samot
 87. Jojoba
 88. Tepeguaje
 89. Cocolosúchil
 90. Tepuri
 91. Hediondilla cubiasisi
 92. Damiana
 93. Cumeme
 94. Salvia
 95. Hierba inmortal
 96. Hoja de pino
 97. Magot (hierba de flechas)
 98. Jaramatracá o caramatracá
 99. Escoba amargosa o romerillo
 100. Contraceja
 101. Hierba del indio
 102. Uña de gato
 103. Calancapatea
 104. Tarachico
 105. Mezquillo o Temizto
 106. Agengibre
 107. Licor de corazón de maguey
 108. Espina de mezquite
 109. Leche de árbol sassata o tescalama
 110. Raíz de lechugilla
 111. Echo
 112. Chollos
 113. Macuche (tabaco)
- 2. MINERALES**
1. Piedra de Alumbre
 2. Alcaparrosa
 3. Piedra Bézoar (de venado)
 4. Yeso
 5. Tequesquite o salitre crudo
 6. Sal medicinal
 7. Piedra de Ponzóna
- 3. ANIMALES**
1. Baba o excremento de gusano remolino
 2. Víbora de cascabel
 3. Excremento humano.
 4. Asta de venado

FUENTE: Encuesta directa. Sonora, Baja California y Chihuahua.



CUADRO I.
MUNICIPIOS FRONTERIZOS DEL NORTE DE MEXICO
POBLACION Y MIGRACION. 1970-1986

MUNICIPIOS Y CATEGORIA RURAL/URBANO	POBLACION			Tasa de crecimiento		Superficie municipal Km ²	Densidad Habitanes Km ²		Saldo Neto Migratorio 1970-1980
	1970	1980	1986*	1970 a 1980	1980 a 1986*		1980	1986	
MUY URBANOS									
1. TIJUANA, B.C.	340 583	461 257	547 050	3.1	2.2	1 393	331.1	392.7	8 282
2. JUAREZ, CHIH.	424 135	567 365	669 490	3.0	2.6	4 854	116.9	137.9	3 265
3. NOGALES, SON	53 494	68 076	77 878	2.4	2.5	1 655	41.1	47.1	-3 071
4. REYNOSA, TAMPS.	150 786	211 412	254 540	3.4	2.7	2 961	71.4	86.0	10 836
5. NUEVO LAREDO, TAMPS.	151 253	203 286	239 877	3.0	2.5	1 666	122.0	144.0	2 120
SUBTOTAL	1120 251	1511 396	1788 835			12 529	120.6	142.8	21 432
URBANOS									
1. ENSENADA, B.C.	115 423	175 425	220 684	4.3	3.1	51 952	3.4	4.2	21 912
2. MEXICALI, B.C.	396 324	510 664	590 327	2.6	2.5	13 689	37.3	43.1	-16 447
3. ACUÑA, COAH.	32 500	41 948	48 491	2.6	2.4	11 488	3.7	4.2	-1 277
4. PIEDRAS NEGRAS	46 698	80 290	107 749	5.7	4.4	914	87.8	117.9	18 182
5. S.L.R. COLORADO	63 604	92 790	114 502	3.9	3.3	8 413	11.0	13.6	8 197
6. MATAMOROS, TAMPS.	186 146	238 840	274 666	2.5	2.8	3 352	71.3	81.9	-8 734
7. RIO BRAVO, TAMPS.	71 389	83 522	91 540	1.6	1.5	2 140	39.0	42.8	-11 425
SUBTOTAL	912 084	1223 479	1447 959			91 948	13.3	15.7	27 876
SEMI URBANOS									
1. TECATE, B.C.	18 091	30 540	40 618	5.5	3.3	3 079	9.9	13.2	6 479
2. AGUA PRIETA, SON.	23 272	34 380	42 631	4.0	4.2	359	95.8	118.7	3 428
3. CATORCA, SON.	28 971	50 452	68 009	5.8	3.3	10 722	4.7	6.3	11 921
4. CANANEA, SON.	21 315	25 327	27 910	1.7	3.7	3 048	8.3	9.2	-3 022
5. P. PEÑASCO, SON.	12 436	26 755	40 239	8.4	5.7	9 774	2.7	4.1	10 215
6. V.HERMOSA, TAMPS.	42 287	48 343	52 113	1.3	2.1	1 770	27.3	29.4	-7 899
SUBTOTAL	146 372	215 797	271 520			28 752	7.5	9.4	21 122
RURALES									
1. NAVA, COAH.	5 682	8 684	10 976	4.4	3.4	805	10.8	13.6	1 127
2. ASCENSION, CHIH.	9 316	11 985	13 782	2.5	2.2	11 000	1.1	1.3	405
3. OJINAGA, CHIH.	25 560	26 421	26 896	0.3	1.1	9 500	2.8	2.8	-7 574
4. P.G. GUERRERO, CHIH.	7 950	7 777	7 683	-0.2	0	809	9.6	9.5	-2 797
5. ALTAR, SON.	3 886	6 029	7 656	4.5	3.4	3 945	1.5	1.9	861
6. NACO, SON.	4 200	4 441	4 600	0.6	1.6	652	6.8	7.1	-1 145
7. CAMARGO, TAMPS.	15 416	16 014	16 398	0.4	1.7	840	19.1	19.5	-4 489
8. GUERRERO, TAMPS.	4 249	4 191	4 165	-0.1	1.0	2 200	1.9	1.9	-1 460
9. DIAZ ORDAZ, TAMPS.	18 261	17 830	17 616	-0.2	-2.0	270	66.0	65.2	-6 457
10. MIER, TAMPS.	6 193	6 382	6 496	0.3	0.6	1 100	5.8	5.9	-1 855
11. M. ALEMAN, TAMPS.	18 219	19 600	20 423	0.7	2.2	649	30.2	31.5	-4 630
12. ANAHUAC, N.L.**	13 711	16 479	18 258	1.8	1.9	4 122	4.0	4.4	-1 894
SUBTOTAL	132 643	145 833	154 949			35 892	4.1	4.3	-30 718
MUY RURALES									
1. GUERRERO, COAH.	2 650	2 316	2 121	-1.4	-1.1	3 220	0.7	0.7	-1 208
2. HIDALGO, COAH.	619	751	665	-1.9	2.5	1 620	0.5	0.4	72
3. JIMENEZ, COAH.	8 445	8 636	8 739	0.2	1.6	3 041	2.8	2.9	-2 596
4. OCAMPO, COAH.	9 934	9 000	8 460	-1.0	0.8	26 434	0.3	0.3	-4 212
5. GUADALUPE B., CHIH.	9 593	8 876	8 449	-0.8	2.5	6 200	1.4	1.4	-3 883
6. JANOS, CHIH.	7 028	8 906	10 188	1.3	1.5	6 931	1.3	1.5	441
7. STA. CRUZ, SON.	1 637	1 587	1 558	-0.3	2.5	880	1.8	1.8	590
8. SARIC, SON.	2 321	2 250	2 209	-0.3	1.6	1 676	1.3	1.3	-837
SUBTOTAL	2553 577	3138 827	3705 652			219 123	14.3	16.9	25 873
TOTAL 38 MUNICIPIOS	2353 577	3138 827	3705 652			219 123	14.3	16.9	25 873

NOTAS: * Población calculada, considerando una tasa de crecimiento natural para el país de 2.9% anual a partir de 1980, más la específica para cada municipio.
** Para 1970 el municipio fronterizo Colombo, N.L. era autónomo. Para 1980 ya pertenece a Anáhuac; para hacer comparativas las cifras, en 1970 se suma Colombo a Anáhuac.

FUENTES: Censos de Población de 1970 y 1980.

CUADRO 2
CARACTERISTICAS SOCIALES DE LA FRONTERA NORTE

MUNICIPIOS Y CATEGORIA RURAL-URBANA	INDICE DE MASCULINIDAD (1)	HACINAMIENTO (2)	CAMAS POR POBLACION (10,000 habitantes) (3)	MEDICOS POR POBLACION (10,000 habitantes) (3)	TASA DE ALFABETISMO (4)
<i>MUY URBANO</i>					
1. TJUANA, B.C.	48.7	1.64	77	79	93.6
2. JUAREZ, CHIH.	48.1	1.74	102	58	94.5
3. NOGALES, SON.	48.5	1.65	166	95	96.2
4. REYNOSA, TAMPS.	48.9	1.86	141	80	92.0
5. NVO. LAREDO, TAMPS.	48.2	1.84	85	68	92.5
<i>URBANO</i>					
1. ENSENADA, B.C.	50.0	1.67	94	71	93.9
2. MEXICALI, B.C.	49.5	1.75	111	63	93.0
3. ACUÑA, COAH.	49.1	1.96	28	55	92.5
4. PIEDRAS NEGRAS, COAH.	48.6	1.85	152	111	93.9
5. S.L. RIO COLORADO, SON.	49.7	1.80	118	66	91.7
6. MATAMOROS, TAMPS.	48.7	1.99	65	64	91.8
7. RIO BRAVO, TAMPS.	50.1	2.31	43	29	89.1
<i>SEMI-URBANO</i>					
1. TECATE, B.C.	49.7	1.71	88	61	93.1
2. AGUA PRIETA, SON.	48.5	1.73	172	60	94.6
3. CABORCA, SON.	51.7	2.08	131	131	90.0
4. CANANEA, SON.	49.7	1.41	113	80	97.3
5. PUERTO PEÑASCO, SON.	51.1	2.00	145	48	93.4
6. VALLE HERMOSO, TAMPS.	49.7	2.30		52	90.1
<i>RURALES</i>					
1. NAVA, COAH.	53.9	2.36			91.4
2. ASCENSION, CHIH.	51.1	2.03	64	21	93.1
3. OJINAGA, CHIH.	49.9	1.88	70	16	90.6
4. PRAXEDIS G. GUERRERO, CH.	49.8	2.20		50	89.3
5. ALTAR, SON.	52.8	2.19	129		88.6
6. NACO, SON.	50.0	1.47	214	71	94.1
7. CAMARGO, TAMPS.	50.3	2.02	97	26	89.4
8. GUERRERO, TAMPS.	52.1	1.64	71	71	91.6
9. GUSTAVO DIAZ ORDAZ, TAM.	49.8	1.97	38	22	89.1
10. MIER, TAMPS.	49.7	1.56	48	97	92.8
11. MIGUEL ALEMAN, TAMPS.	49.3	1.78	16	60	93.2
12. ANAHUAC, N.L.	51.2	2.14	81		89.2
<i>MUY RURALES</i>					
1. GUERRERO, COAH.	52.7	2.23			90.4
2. HIDALGO, COAH.	56.3	2.40			84.3
3. JIMENEZ, COAH.	52.9	2.66	36		89.4
4. OCAMPO, COAH.	52.6	2.18	60	20	84.9
5. GUADALUPE BRAVO, CHIH.	51.4	2.28		52	87.2
6. JANOS, CHIH.	51.8	2.31	43		91.4
7. SANTA CRUZ, SON.	55.1	1.72	367	122	92.8
8. SARIC, SON.	53.1	1.96	129		89.8

NOTAS: 1. Hombres por cada 100 habitantes.
 2. Habitantes por cuarto.
 3. Camas o médicos existentes por cada 10,000 habitantes.
 4. Se considera a la población de 15 años y más.
 FUENTES: Censo de Población de 1980.
 Estadísticas municipales. SSA. 1980.