

Medicina: Diversos Modelos, una visión desde los Pueblos Originarios

Valentina farías, Raúl Calfín, Javier Mignone, Graciela Montero, Ana Albornoz

**Trabajo presentado en el Cuarto Seminario Internacional. “La Sociedad Civil y Acción Ciudadana en las Américas. Perspectivas Argentinas y Canadienses”
BAires, Mayo 2003.**

I) Introducción

Es nuestra intención, a través del presente trabajo, efectuar un análisis de los modelos de salud que atañen a un sector de la Patagonia Argentina, con epicentro en la ciudad de San Carlos de Bariloche. El estudio toma como referencia paradigmas teóricos provenientes de las ciencias sociales y la medicina. La región incluye la ciudad y su zona de influencia, lo que significa una población superior a los 100.000 habitantes urbanos y dispersos asentamientos rurales en sus alrededores. Bariloche, su periferia y las zonas rurales de la región están pobladas por personas de diversas culturas y etnias, incluyendo asentamientos de descendientes de pueblos originarios, de migrantes internos y de inmigrantes de países limítrofes y Europeos. Esto hace de la región un mosaico de creencias y costumbres, dando lugar a distintas concepciones respecto a las prácticas médicas, muchas veces condicionadas por raíces culturales heterogéneas.

En nuestra opinión, a pesar de este complejo mosaico socio-cultural, la mayoría de los estudios en salud en nuestra región omiten la relación cultura-salud. Aparentemente la cultura hegemónica se limita a contemplar el plano biológico, dejando la dimensión cultural carente de legitimidad. Nuestro trabajo apunta a mostrar aspectos en dónde el sistema médico oficial no da respuesta adecuada a las necesidades de las poblaciones usuarias este marco, precisamente por esta limitación en su comprensión del proceso salud-enfermedad.

II) Modelo Científico Oficial

La formación médica dentro del sistema oficial es el producto de las facultades de medicina o escuelas de medicina. Un profesional habilitado es aquel que ha atravesado un proceso de aprendizaje con un modelo pedagógico ortodoxo, esto es, básicamente unidireccional y que en gran medida se basa en la incorporación de conocimientos adquiridos a través de bibliografía, generalmente extranjera. Sabemos que los cuadros nosológicos no son exactamente los mismos, y especialmente en psiquiatría varían enormemente de una cultura a otra, no siendo correcto, por tanto, aplicar sistemas de diagnóstico y tratamiento correspondientes a otra matriz cultural. En cuanto a la fuente de conocimiento local (región, país), esta proviene mayormente de médicos que se desempeñan en el ámbito privado de la medicina, cuyo objetivo central suele ser la rentabilidad empresarial (empresas de servicios de salud), donde sólo en contadas

ocasiones se implementan proyectos de investigación. A la vez, el “saber hospitalario” es tomado como “experiencia” u “ojo clínico”, sin llegar a materializarse en la mayoría de los casos como un saber académico.

En cuanto al programa de la carrera de medicina, las materias que componen la currícula están generalmente diseñadas por "especialistas en", cuyo mayor conocimiento se centra en una especialidad. Este énfasis en especialización favorece la disociación del hombre en su conjunto, así como la teoría de la práctica. Es allí donde el "paciente enfermo", objeto de aprendizaje, es despersonalizado y se constituye en un "caso". Los "casos" son los modelos del aprendizaje médico, siendo la práctica en hospitales rurales y/o periféricos sumamente distinta a lo aprendido.

El haber atravesado el proceso de aprendizaje señalado, da como resultado un profesional habilitado para ejercer actos médicos, desde lo individual o desde lo institucional. Esto le permite ofrecer sus servicios a potenciales compradores de los mismos (personas que se sienten enfermas) o a usuarios del sistema público o semipúblico de servicios de salud que pretenden acceder a acciones médicas que lo lleven a un estado de salud. En éste contexto se crean organizaciones e instituciones destinadas a ofrecer servicios de salud cuyo modelo hegemónico es el del médico. El médico desde lo individual o desde lo institucional ha ido concentrando y parcializando el conocimiento en especialidades, y por tanto compartimentalizando el saber, la persona y su práctica. Esto se reproduce en el diseño de los servicios y de las organizaciones destinadas a brindar servicios de salud, las que también resultan compartimentalizadas.

El resultado de lo anteriormente descrito es una interacción, entre usuario y médico en cuyo encuentro no hay una verdadera atención basada en las necesidades de este destinatario, ya que no se está teniendo en cuenta quién es ese ser humano, allí, en ese medio y en esa cultura. Durante el postgrado, los efectos disociativos de las especialidades médicas son significativos, ya que muchas veces las personas son tratadas por un especialista que no tiene en cuenta la otra especialidad. Por lo tanto la enfermedad de base, que puede corresponder a esa otra especialidad queda, sin tratamiento.

En relación a las culturas originarias, estos efectos serían sólo secundarios a una primera división que hace el hombre blanco en relación a las "Primeras Naciones," que es la división del universo. Hacemos referencia aquí a la Declaración de Alma Ata, que influyó sobre muchos países como el nuestro, para que se tuviera en cuenta la ideología de la Atención Primaria de la salud, así como la de llevar acciones de salud con los recursos y la tecnología disponible hacia los lugares adonde reside la población.

Con el propósito de revertir esa compartimentalización producto de especializaciones y sub-especializaciones en que incurrió la praxis médica, como resultado de la imitación de modelos utilizados en otros países, y no sabiéndose implementar correctamente los fundamentos de esta Declaración, se crean las figuras de Médico de Familia (USA), Médico Generalista (Argentina) y Médicos Generalistas con Orientación Rural (Patagonia). Estas, a su vez, "nuevas especialidades", no reflejaron la existencia de algún "eje unificador" sino que consistieron en rotaciones por los distintos servicios de especialidades médicas, repitiendo el modelo de la "permanencia compartimentalizada", y desde un lugar de "poder médico hegemónico".

III) Modelo Originario

Cada cultura tiene una explicación del mundo y del lugar que ocupa el hombre en él. Esto es, su cosmovisión o construcción social de la realidad que incluye respuestas para todas las situaciones de su vida cotidiana, en lo material y en lo espiritual. De esta forma no existe un *Saber Universal* sino una multiplicidad de formas de captar la realidad.

Las culturas originarias conciben el cosmos como una totalidad integrada, de la cual el hombre es un componente tan importante como cualquiera de los otros elementos, y no el ser superior. Esta totalidad se entiende como una especie de gran organismo viviente, donde todo tiene vida. Existe un orden superior que rige lo visible y lo invisible y se manifiesta en ambos. Los Mapuche hablan de “dueños” de los ríos, de las plantas, de los cerros, y les piden permiso para hacer uso de ellos. Estos “dueños” no son seres antropomorfos sino esencias, el mismo ser en sí, *el río, la planta*, etcétera, su fuerza vital. A esta cosmovisión el hombre adecúa todas sus actividades.

En la cosmovisión Mapuche la madre tierra (Mapu) da forma al idioma (Mapu Dungun o lengua de la tierra) y a la forma de vivir (Mongen). Debe vivirse de acuerdo a como vive la madre tierra. El cosmos está reflejado y explicado en los diseños que lleva el Kultrum, tambor sagrado de la machi –conocedora del mundo sagrado, curadora espiritual y física- El parche del kultrum, circular, es la mapu; por encima y debajo de ella hay dos semiesferas (como es la base del instrumento sagrado), la de arriba está invertida. Esta parte superior es la tierra de arriba o Wenu Mapu, (cielo) donde habita el aire, el sol, la luna, las estrellas, el día y la noche y *Chao* (figura sagrada a veces citada como Nguenechén, que es en realidad una figura cuádruple que aúna los principios complementarios de hombre-mujer, joven-viejo).

En este marco el hombre es entendido como unidad psíquica, física y espiritual, parte de una comunidad y parte del orden total establecido. La Machi debe restablecer ese orden para lograr la curación integral. Es decir, la noción de salud no implica una parte del individuo, ni aún el individuo aislado, sino la armonía en esa totalidad. Las fuerzas de la totalidad en equilibrio pueden desequilibrarse o desequilibrar a un individuo. La machi deberá restaurarlo. La enfermedad es un desequilibrio: desarreglo climático, haber comido lo que no se debía, haber transgredido el orden armónico. La restitución pasa por rescatar fuerzas que estén en algún otro elemento de la naturaleza, plantas, animales, vegetales. Kúme Mongen es el bienestar de la vida (estado de salud) e implica el equilibrio y la unidad del hombre con su medio. La alteración del medio natural impacta en dicho medio y en el Mapuche.

IV) Reacción de la Población Originaria ante el Modelo Oficial

La extensión del "modelo médico hegemónico" hacia las zonas periféricas y/o marginales de las grandes concentraciones suburbanas y zonas rurales, ha contribuido fuertemente al despojo de recursos de autosubsistencia y autovalimiento en materia de salud que la población (que toda población) posee en su cultura, con los matices propios de las distintas etnias. Este proceso ha ocurrido en muchos casos sin ser visible, quedando enmascarado en los programas de Promoción y Prevención de la salud. Se

confundió la Promoción con una mayor difusión e intento de utilización o sobre-utilización del sistema de asistencia sanitaria oficial. La Prevención (acción y efecto de prevenir) de la salud debiera llamarse "prevención de las enfermedades" conocidas por el modelo médico vigente. Lamentablemente, dejan de visualizarse los complejos procesos dialécticos que ocurren entre las personas, los grupos, las etnias, las tribus, etcétera. Es en estos procesos en los cuales interactúan las personas y dónde se establecen sus vínculos en que se dan situaciones equilibrantes o desequilibrantes, que se manifiestan de diversas maneras, a veces tendiendo a la salud, a veces hacia la enfermedad. Estos procesos son ignorados o no son comprendidos por el sistema oficial, trayendo como consecuencia que su traducción en palabras, por parte de la misma gente, da lugar a terminología que descalifica su verdadero sentido tales como: "gualicho", "daño", "brujería", "degeneración", etc. En un artículo que analiza fenómenos similares a los descriptos, dentro de poblaciones originarias de Colombia, Arias Valencia (1995) indica que... "el personal de salud ha utilizado, con la mejor intención, variadas estrategias para imponer el modelo occidental: el convencimiento, el castigo y el regaño, entre otros. También han sido muy útiles algunas expresiones utilizadas por el personal de salud como 'falsas creencias', 'falta de conocimientos sobre salud', 'falta de educación', 'ignorancia' y conceptos religiosos como el de 'superstición'."

En la mayoría de las sociedades de las Américas se ha instalado un saber hegemónico, en todos los planos, desde hace más de 500 años, producto de una línea de pensamiento ajena a los pueblos originarios, e indiferente hacia los conocimientos preexistentes. Desde esta ciencia oficializada por una sociedad dominante sobre otras periféricas, el hombre se ha creído autorizado a definir los saberes tradicionales como "falta de educación o de conocimientos", cuando en realidad están enraizadas en una forma diferente de concebir la enfermedad, la salud y los procesos que llevan de una a otra. El estudio de los saberes tradicionales nos muestra, junto a este "otro" modo de conocer, otra ética asociada al conocimiento, "...ligada no a la producción sino al intercambio, no a la propiedad sino a la comunicación. La reivindicación del saber tradicional debe asociarse a esa ética si no quiere convertirse en un argumento más para la privatización de la naturaleza y de la cultura..." (O. Calavia Sánchez, 2002)

Mientras el sistema dominante fortalece su posición partiendo de la experimentación científica, legitimada desde el positivismo como la única forma de conocimiento del mundo "civilizado", la medicina tradicional se fundamenta en un sistema de aprendizaje empírico, transmitido a través de generaciones. Y aunque no se apega a un régimen científico, su desarrollo y estudio comienzan de manera paralela al surgimiento de la cultura. Dicho sistema se basa justamente en la sabiduría que se adquiere a partir de la vivencia personal de las enfermedades y sus procesos curativos. Vistas bajo esta luz, las denominadas "supersticiones" serían sólo la exteriorización de una concepción del mundo diferente a la oficial y con tanta validez como ella.

Debemos señalar que las consecuencias de la "convivencia" entre las distintas culturas y la medicina oficial, con sus respectivos mecanismos de curación, son variadas, así como la reacción de los pobladores con raigambre nativa frente a esta última. En algunos casos, las personas y las comunidades son seducidas por el modelo, entregándose a él. La posición es la de "yo no sé nada, los que saben son los médicos", transfiriéndole al mismo toda la responsabilidad de la salud. En otros casos, hay indiferencia y silencio ante todos los intentos de captación. Otra respuesta es la de ofrecer resistencia a ser

"invadidos" o "despojados" de SU conocimiento, de sus creencias y de sus sentimientos, los cuales son necesarios para alcanzar la cura. Las reacciones más comunes pueden sintetizarse de la siguiente forma: la resistencia, el silencio, el escapar del medio, la seducción por el modelo, la resignación, la creencia en la omnipotencia del modelo oficial, la incorporación al sistema como parte de sus vidas, etc. Desde lo oficial la tendencia es a perseguir, o al menos, descalificar a los curadores tradicionales.

V) Alternativas

Creemos que es fundamental adecuar los servicios y las planificaciones en salud a la población receptora. Por eso es esencial tener en cuenta la cultura de la comunidad, adecuándose a ella según variables etnomédicas. Proponemos utilizar la Etnomedicina, nacida de la Antropología Médica, que se dedica a entender desde la historia y la cultura cuáles son las formas de atención de la salud a implementar de manera adecuada. En Bariloche, así como en gran parte de la llamada "Línea Sur", encontramos poblaciones originarias que han sufrido efectos transculturales. Las creencias, así como las formas médicas que practican, abarcan una serie de alternativas entre las que se entremezclan la medicina originaria, la medicina popular y la medicina científica, siguiéndose distintos caminos recorridos. Consideramos que una de las prioridades sería realizar una investigación más exacta de estos aspectos, así como del "valor simbólico" y de códigos comunicacionales utilizados, para que al momento de la consulta haya un "lenguaje común" que permita el entendimiento de la enfermedad, y la prosecución de los tratamientos (que muchas veces son abandonados).

Nuestra propuesta tiene muchos antecedentes. Un modelo interesante es el de Canadá, país que es uno de los más avanzados en estos temas, y que cuenta también con una población nativa, transculturada en la conquista por el hombre blanco. Los ejemplos que siguen ilustran pasos significativos que han dado, particularmente en los últimos veinte años. En distintas universidades de Canadá se dan cursos de "Sensibilidad Cultural" a los estudiantes de medicina, para que comiencen a adentrarse en esta disciplina, desde su formación. En hospitales de este país, se implementan servicios de salud en los cuales el paciente perteneciente a estas "Primera Naciones" puede elegir ser atendido por un curador tradicional además de por un médico del sistema científico. En algunas reservas indígenas, se cuenta con la visita de un shamán una vez al mes, el que atiende a sus pacientes en la forma originaria. Asimismo, existe el programa del "Curador Tradicional", por el cual el estado paga a esta población viajes para ir a visitar a un shamán a otra localidad. Una encuesta de salud indígena de 1997 en la provincia de Manitoba (Centre for Aboriginal Health Research, 2001) indicaba que 36% de los encuestados habían consultado a un curador tradicional durante el año anterior por problemas de salud. Lo interesante de esta cifra es que en una encuesta similar de 1991, sólo el 12% respondió que había consultado a curadores tradicionales. Dentro de la reserva misma, se organizan lugares y acciones de salud desde la misma cultura. Así por caso, en la Reserva Cree de Fisher River existe el "Healing Centre", centro para la atención de abusos y maltratos familiares. Allí, la mayoría de los pacientes son mujeres, aunque hay consultas de hombres, las cuales se internan por siete semanas (si tienen hijos, estos pueden internarse también y cuentan con una maestra que les da clase) y

cada semana se trabaja desde un Principio Indígena. El lema es "rompe el círculo, crea un círculo," y se trabaja así: la primera semana el valor a trabajar es el Coraje, y se hace un asesoramiento y búsqueda objetivos; la segunda semana, el Respeto, revisando la historia de la familia de origen; la tercera semana, la Verdad y se vee la violencia familiar y el manejo del miedo; la cuarta semana, la Honestidad, viendo el abuso sexual y su manejo; la quinta semana, la Humildad, es un momento de elaboración de las pérdidas y duelo; la sexta el valor es el Amor y se relaciona con la paternidad-maternidad y finalmente; la séptima y última semana, se hace una revisión general y se planea la extirpación. En la mayoría de las reservas se hace uso del "sudario", construcción armada con catorce cañas cruzadas de manera ritual, sobre la cual se ponen mantas y dentro de la cual, todo con un sentido ritual paso por paso, se provoca vapor al tirar sobre piedras incandescentes "agua medicinal." Pero el sudario no es sólo utilizado por la población nativa, sino que en ocasiones se lleva a pacientes del sistema oficial, por ejemplo con severos trastornos psíquicos o con SIDA, para ser tratados de esta forma. Hay otras variantes más, pero creemos que es suficiente como ejemplo del entrecruzamiento de formas curativas que se puede implementar.

A nivel del sistema de salud, los últimos años en particular han mostrado en Canadá un progreso interesante en materia del relativo control sobre el sistema mismo por parte de organizaciones indígenas. Aunque queda mucho por avanzar, es un hecho significativo la mayor presencia de organizaciones aborígenes en la formulación de políticas de salud, como así el incremento en el número de trabajadores e investigadores de la salud de origen indígena. También ha comenzado un proceso de transferencia del control de partes del sistema de la atención de la salud a las comunidades y agrupaciones aborígenes. Incluso los aspectos centrales de las investigaciones sobre salud aborígen que se realizan desde los centros académicos son supervisados y aprobados por representantes de las Naciones Originarias, para asegurar su pertinencia, su adecuación metodológica y su ética. No obstante este progreso, no queremos dar la impresión que la situación es ideal. Por el contrario, aún hay muchas dificultades y obstáculos que las Naciones Originarias en Canadá tienen que seguir afrontando.

No creemos que la medicina originaria de la Patagonia tenga que ser implementada de la misma manera, ni con los mismos recursos, ya que los medios curativos son en muchos casos, distintos, así como es muy diferente el contexto socio-cultural y económico. Pero sí creemos que se puede tomar como ejemplo a Canadá, que tiene uno de los mejores sistemas médicos del mundo, en cuanto a que sus estrategias en salud son diseñadas e impartidas con un cabal conocimiento de las poblaciones receptoras, así como intenta entrecruzar formas médicas de un sistema al otro, buscando los beneficios de cada una de ellas y permitiendo siempre la libre elección por parte del paciente.

En cuanto a las Américas en general también se están dando pasos importantes. Por ejemplo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) lanzó en 1993 la "Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas." Una de sus recomendaciones instaba "a los Gobiernos Miembros a que promuevan la transformación de los sistemas de salud y apoyen el desarrollo de modelos alternativos de atención de la población indígena, dentro de la estrategia de los sistemas locales de salud, incluyendo la medicina tradicional y la investigación sobre su calidad y seguridad." (Villatoro & PIES, 2001) Entre otras iniciativas, esto resultó en una serie de estudios de caso en distintos países, del cual el estudio "Promoción de la Medicina y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de Salud: El Caso de los Maya de Guatemala" es un ejemplo importante. Otro

caso es el lanzamiento, por parte del Banco Inter-Americano de Desarrollo (BID), de una iniciativa sobre "prácticas modelo" de salud intercultural en relación a poblaciones indígenas (BID, 2003).

Es nuestra opinión que en cada región deben realizarse estudios interdisciplinarios entre médicos, antropólogos, ecólogos, historiadores, representantes de las comunidades originarias, etcétera, a fin de determinar las mejores formas de atención en salud. Esta investigación no implica solamente conocer la historia, los efectos transculturales y los recursos curativos actuales, sino que es indispensable conocer la "cosmovisión" de los pueblos, sus costumbres, sus nociones de salud y enfermedad, sus valores simbólicos (que no son los mismos). Será utilizando los resultados de estos estudios que podrá dar lugar a una planificación y ejecución seria de "alternativas en los servicios de salud."

VI) Conclusiones

Una de las alternativas que se considera viable para la adecuación de las prácticas de salud en poblaciones como la descrita sería la creación de un ámbito nuevo, que podríamos denominar "etnodesarrollo": un proceso de consolidación y ampliación del ámbito de la cultura propia, mediante el fortalecimiento de la capacidad para guiar el desarrollo de la misma en el ámbito de la medicina, y el ejercicio de la autodeterminación al tomar decisiones que atañen al futuro de cada comunidad. El etnodesarrollo aprovecharía las enseñanzas que nos brindan la experiencia histórica y los recursos actuales, incrementando la capacidad social de decisión sobre los recursos que deben ponerse en juego para identificar las necesidades, los problemas y las aspiraciones que se busca satisfacer, resolver o cumplir, dentro de un proceso que al crearse fortalezca sus formas organizativas. Esto podría lograrse a través de acciones que articulen la investigación, la educación para el personal de salud y la acción concreta, aunadas en una relación nueva entre los sujetos, un compromiso (también nuevo) con los grupos en situación de asimetría, participando en la transformación de sus condiciones de vida, así como promoviendo un acercamiento que permita comprender las distintas realidades culturales existentes, aceptándolas en toda su diversidad y riqueza. Estas acciones implicarían una forma diferente de coordinación, así como una democratización de las gestiones oficiales, "...y la producción y difusión de conocimientos en nuevos campos de reflexión y de intervención médico-social desde un enfoque multidisciplinario" (Ochsenius, 1999), incluyendo en estas acciones a los segmentos socioculturales hasta hoy marginalizados.

VII) Citas bibliográficas

- >> Vivereoggi: Valentina Farías Tagliaferro, Raúl Calfín, Ana Albornoz, et al. "Medicina al Plurale" Anno 2.000 Milano, Italia
- >> Casamiquela
- >> Fundación Bariloche: "Diagnóstico socio-cultural-comunicacional. Investigación en Comunidades Marginales de Bariloche" Año 1999
- >> Banco Inter-Americano de Desarrollo (2003) Best practices in intercultural health: Terms of reference. Washington DC: BID.

CAHR (2001) An examination of factors contributing to the development of a First Nations controlled Health Care system in Manitoba. A community

alliance for health research initiative.

Villatoro, E.; PIES de Occidente (2001) Promoción de la medicina y terapias indígenas en la atención primaria de salud: El caso de los Maya de Guatemala. Washington DC: OPS.

Arias Valencia, M.M.: "Etnia y Salud". Organización Panamericana de la Salud, oficina sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización mundial de la Salud. Iniciativa de salud de los pueblos indígenas. OPS/OMS 1995-1998. Plan de acción de la ops/oms para el impulso de la iniciativa en la región de las Américas. Washington, D.C:OPS; 1995.

Ochsenius, C: "Una acción posible entre la acción primaria de la salud y la medicina tradicional Chilota-Huilliche". En Zona Sur, Programa ciudadanía y gestión local, 1999-2000.
Chiloe. Chile

Calavia Sánchez, O: "Prometeo de pie. Alternativas étnicas y éticas a la apropiación del conocimiento". En: Cuadernos de Bioética. 1996 - 2002 Editorial Ad Hoc S.R.L. (Argentina)

Melgar Alvarez, M: "El chamanismo mejora la relación médico-paciente". En: " Todo México Somos Hermanos". Publicación mensual de la Fundación para la Promoción del Altruismo,
I.A.P. en colaboración con Anunciación, I.A.P. Agencia de Comunicación Altruista.