

**PRACTICA MÉDICA,
SALUD Y COMUNIDAD**

Los sistemas comunitarios de salud en América

Dante Orellana Salvador

**PRACTICA MÉDICA,
SALUD Y COMUNIDAD**

Los sistemas comunitarios de salud en América

Ediciones
Abya-Yala
2002

PRÁCTICA MÉDICA SALUD COMUNITARIA

Los sistemas comunitarios de salud en América

Dante Orellana Salvador

*Medico investigador, candidato a doctor en ciencias por el zoroastrian
college de bombay, india*

E-mail: cides@andinanet.net

Autores de articulos seleccionados:

Duncan pedersen, argentina

Esther grebe, chile

Cristina girardi, chile

Cesar ozejo, peru

Mario testa, argentina

Fotografía de portada: Galo Valencia

© derechos reservados del autor

Centro de investigaciones para el desarrollo de la sociedad, cides-ecuador

2ed. edición: Ediciones Abya-Yala
Av. 12 de Octubre 14-30 y Wilson
Casilla: 17-12-719
Teléfonos: 2506-247 / 2562-633
Fax: (593-2) 2506-255
e-mail: admin-info@abyayala.org
editorial@abyayala.org
www.abayala.org
Quito-Ecuador

CIDES - ECUADOR

Diagramación: Ediciones Abya-Yala

Diseño de Portada: Raúl Yépez

ISBN: 9978-22-237-5

Impresión: Sistema DocuTech
Quito-Ecuador

CONTENIDO

Prefacio a la primera edición	7
Prefacio a la segunda edición	11
 <i>Capitulo I</i>	
Contexto economico social del sector salud en america latina.	15
 <i>Capitulo II</i>	
Aproximacion a la salud comunitaria	25
 <i>Capitulo III</i>	
La comunidad andina, modelo de organización social alternativo.....	35
 <i>Capitulo IV</i>	
Experiencias, practicas, tesis e hipotesis sobre salud comunitaria	43
 <i>Capitulo V</i>	
La salud comunitaria mas alla de la hipotesis	143
 <i>Capitulo VI</i>	
Shamanismo, matriz de las medicinas comunitarias de america	151
 <i>Capitulo VII</i>	
Los sistemas de salud plausibles	169

PREFACIO A LA PRIMERA EDICIÓN

¡Cuán lejos estamos todavía de ver sumarse al pensamiento científico las facultades artísticas y la sabiduría práctica de la vida, formando un sistema orgánico superior con relación al cual, el sabio, el médico, el artista y el legislador, tales como al presente los vemos, parecerán defectuosas vetusteces!

FEDERICO NIETZSCHE¹

La memoria histórica y social contemporánea cargada de racionalismo, ha pretendido deformar la realidad, condicionándolo a esquemas racionales supuestamente medibles y verificables llamados científicos, alejándole al hombre de su medio, de su hábitat telúrico, sacrificando de esta manera a una vida afirmativa y llena de alegría innatas, producto de su relación directa y milenaria con el cosmos.

Por ello para abordar el tema sobre Salud y Comunidad en nuestro medio debemos hacer abstracción de todo paradigma racionalista y enmarcarnos en el devenir memorístico de nuestra inmediata referencia racial como lo es el indigenado. Ellos, depositarios de varios procesos de retorno en la historia de la humanidad, permitirán a la postre encontrar la identidad perdida en América. Nuestros pueblos mantienen conexiones con un saber global, totalizador, diverso que se expresa en una cultura no cronológica, sino cósmica, circular, de retorno configurando un saber tradicional andino estableciéndose un sincretismo en varias etapas de la historia: Primero el Preincaico de los ATUMARUNAS reconstructores de TIAHUANACU luego de la desaparición de HIPERBOREA, desde donde migró la raza blanca dependiente de su divinidad HUIRACocha (según los cronistas Sarmiento y Montesinos), luego con el incanato entre 1.100 hasta 1.492, de allí en adelante con la cultura Europea moderna.

De hecho la ritualidad quichua norandina guarda dentro de sí muchísimos elementos mágico-mítico, que no son otra cosa que la ex-

presión de la cultura perenne que se halla en permanente retorno y que aún hoy en día son más los elementos desconocidos en su accionar ceremonial que lo que conocemos; y aquello, desde todas las vertientes del conocimiento, ya sean estas filosófico antropológicas, sociológicas o históricas.

Esta reflexión es válida desde el punto de vista de que nuestra cultura carece de identidad, como que la historia empieza en 1492 y el precolombino o preincaico fue pagano, diabólico, primitivo, etc., etc..

Empero, la tradición oral y la memoria genética y cultural en su reciclaje expande fuerzas energéticas que aglutinan movimientos, cimenta mensajes y mantiene en espera a poblaciones regionales que conocieron, compartieron, lucharon juntos por la perfección y proyección de su raza como en el caso de QUETZALCOATL, KUKULKAN, ITZAMMA, HUIRAKOCHA, BOCHICA, NGENECHEN, BAPHOMET.²

Todos ellos, poseedores de un pasado Divino cuyo eje magnético procede de Hiperborea y se perfecciona en América Latina desde el monte sagrado Melimoyu en la Antártica hasta la ciudad sagrada de Tiahuanacu, divinidades que van desde Norte América, Alaska, Canadá, EE.UU., México, Mesoamérica, pasando por Ecuador hasta Chile.

Todos ellos esperan el retorno de un héroe salvador de la humanidad, cuya identidad no obstante vivir latente al interior de los pueblos, aún no ha sido recuperada.

En calidad de manifestaciones en los ritos “paganos” cuyo endoso de racionalidad es manifiesto, puede destacarse las siguientes: movilizaciones guerreras que hacen memoria su guerra de supervivencia en los ritos solsticiales.

La necesidad de enfrentamiento y derramamiento de sangre que energiza la madre tierra.

La purificación de los maleficios en sus terapias totales.

La solidaridad de compartir tanto la comida, la bebida, la felicidad, la adversidad, la vida y la muerte, la toma simbólica de las áreas geográficas principales para demostrar su poderío, la alegoría de sus festejos sagrados, la incorporación de santos y más divinidades en sus bailes y demás manifestaciones de festejos, la ceremonia de un banquete por los SHAMANES, sus reconocidas divinidades terrenales.

Así la dinámica comunitaria nutrida de vivencias, en todos los momentos de la existencia humana desde la relación hombre-mujer, luego la concepción, la gestación, el alumbramiento, la infancia, la ado-

lescencia, la madurez, vejez y su transmutación y purificación en un más allá de gloria y retorno, todo ello energizado por la mirada protectora del SHAMAN, éste a su vez parte del engranaje de un consejo de ancianos sabios alrededor del cual gira el círculo cósmico de la cultura nacional en espera de su momento del eterno devenir, del ejercicio pleno de la identidad nacional y social.

En este contexto, el tema: Los sistemas comunitarios de salud en América Latina, es una recopilación de experiencias, práctica, tesis, hipótesis, encaminadas a la búsqueda de un promisorio futuro para la vida de los sectores llamados marginales del campo y la ciudad, tratando en lo más profundo de recuperar, potencializar y dotarles de proyección histórica a un saber transmitido de generación en generación y que sin dudas marca un modelo ideal organizado para la sociedad en su conjunto, ubicándolo en una matriz funcional al desarrollo social y económico, progreso tecnológico contemporáneo y las más avanzadas técnicas modernas de la organización de la administración, de horizontalización de los procesos administrativos entre las múltiples propuestas a la crisis del Estado devienen de los modelos ancestrales del ejercicio del poder comunitario, ejercicio que no es otra cosa más que la organización comunitaria en América Latina.

Más de una década ha sido necesaria para bosquejar con objetividad y apoyo científico técnico esta propuesta, a pesar de que existen y se desarrollan varios intentos de articular una propuesta operativa que se vincule y comparta un espacio con la oficialidad, sin desconocer su aporte, no han pasado de ser ensayos cuyo destino ha sido los archivos o bibliotecas.

La presente propuesta tiene dos propósitos:

- 1) Demostrar que la estructura de la comunidad reproduce, mantiene y proyecta en la historia su particular representación del poder, que marca su vigencia y especificidad social basada en códigos sociales, políticos, culturales, religiosos, difundidos en un complejo sistema de prácticas desde el ámbito social hasta el ritualismo difuso sin expresión a simple vista, se halla vigente y se constituye en la voz oficial representativa de la comunidad campesina y urbano marginal cuyos componentes raciales son producto de un mestizaje predominante.

- 2) Propiciar que las estrategias internacionales de atención primaria de salud, de descentralización mediante los Sistemas Locales que en acercamiento a la declaración universal de salud para todos, deben lograr un espacio adecuado de desarrollo compartido con los sistemas comunitarios toda vez que estos constituyen la contra parte local para la aplicación efectiva de los mismos, obviamente que su ejecución debe guardar la ponderación que cada particularidad lo requiere para no correr riesgos de duplicar o antagonizar los procesos.

Si estos propósitos se desarrollan en armonía, lógicamente se potencializa el postulado de esta confluencia de intenciones, esto es darle vigor a la revalorización cultural en este ámbito de la vida humana que es un indicador sensible del desarrollo social de los pueblos, elemento que principalmente logrará cambios sustanciales en el ejercicio de las prácticas saludables y de preservación de su hábitat.

Por ello este arduo objetivo se constituye en un reto en el camino por la construcción de la identidad nacional y social, mediante la convivencia y estudio profundo con las culturas milenarias que hoy perviven en Ecuador y América Latina, como referentes depositarios de un saber alternativo a nuestra organización social contemporánea obviamente para ello habrá de superar en lo posible los excesos de racionalidad que aún persisten como resagos de la verticalidad de los discursos de oriente y occidente en franco deterioro, considerando desde luego que el racionalismo escolástico en la transmisión y aprehensión de conocimientos, privan a la mente de la alegría de la poesía, del simbolismo y el mito, de la riqueza estética en la interpretación del mundo, entristeciendo y desdibujando la espiritualidad del hombre, despojándolo al mundo de la versión libre de nuestra riqueza y diversidad.

“POR UNA CULTURA SANITARIA COLECTIVA”

Dante Orellana Salvador
Quito, septiembre de 1992

Notas

- 1 GAYA CIENCIA, CXIII, pp. 151
- 2 Serrano, M. Manú.- “Por el hombre que vendrá”

PREFACIO A LA SEGUNDA EDICIÓN

*“Conócete a ti mismo; ahí está toda la ciencia.-
Sólo cuando el hombre haya alcanzado el
conocimiento de todas las cosas, podrá conocerse
a sí mismo, pues las cosas son las fronteras del hombre”.*

FEDERICO NIETZSCHE¹

Parece que durante la última década del milenio que terminó el tiempo se detuvo hasta tal punto que lo que se dijo al iniciar los 90, hoy en día tiene plena vigencia, y ello en todos los ámbitos de la vida de nuestra alicaída América Latina. Sus indicadores económicos evidencian el deterioro y la pobreza de la población, la deuda externa ha crecido a pasos galopantes, las enfermedades colectivas también se han incrementado, la dependencia tecnológica, científica y cultural es el pan de cada día. Sin duda somos rehenes de la información en todas sus versiones, los medios de comunicación han tomado el poder universal, de ellos dependen los escenarios y las coberturas de la tragicomedia que vivimos. De ello se deduce que el modelo de globalización de la economía en plena vigencia no ha resuelto las grandes desigualdades, al contrario estas se han agudizado en desmedro de las economías atrasadas.

Sin embargo, cabe destacar que bajo este panorama las comunidades de la región han vigorizado su forzada subsistencia, ya que al menos a corto plazo no existe alternativa alguna fuera de esta arena. Me refiero específicamente a los grupos marginales del campo y la ciudad, fundamentalmente aquellos con predominio de población indígena, quienes frente a la adversidad se han fortalecido en múltiples aspectos, empezando por la cohesión de sus identidades, capacidad de movilización social, capacidad participativa y negociadora en la toma de decisiones del poder oficial establecido.

Este hecho marca la diferencia cualitativa entre los sectores sociales en confrontación de intereses. Por un lado el consumismo monetarista vertical, con su listado de exigencias hacia nuestros gobiernos, por tanto hacia la población. Por otro, la comunidad que deviene llena de códigos, valores y símbolos desde la ancestralidad en su retorno hacia el encuentro de mejores días. Portadora de los mejores recursos y herramientas técnicas para enfrentar los desafíos de la modernidad.

Por ello, volver ha hablar de los Sistemas Comunitarios de Salud, en esta segunda edición en nuestro contexto geográfico, pero en otra dimensión, en otro tiempo, en el nuevo tiempo, cobra actualidad y prestancia, ya que la institución comunitaria pasa a ocupar una nueva categoría, un nuevo rol, esto es, una vez delimitado el mercado, los protagonistas entran en la competencia y la comunidad es una entidad competitiva. Y ello, en todos los ámbitos del convivir socioeconómico.

Las organizaciones comunitarias de producción, distribución e intercambio, de consumo, de bienes y servicios, de fomento empresarial, de financiamiento cooperativo, etc. Son de viejo cuño en la región, pues a pesar, y en cierto sentido gracias al fracaso del capital especulativo, estas se mantienen incólumes y son funcionales ante la estrategia de globalización. Cabe entonces una reflexión plausible, fortalecer y desarrollar la estrategia de convivencia competitiva que podría ser sinónimo de contribuir a dar vigor a la identidad en la globalidad o globalización. O confrontar en desigualdad de condiciones con el consabido esquema de la negación de todo y de nada es decir amparados en un nihilismo decadente.

Hoy parto de un planteamiento corregido y remozado, contemporizado a las expectativas actuales, flexible, múltiple y diverso, capaz de ser armónico con la dinámica comunitaria y social de nuestros países.

Desde el punto de vista académico la intención es poner al alcance tanto de la comunidad organizada o no, como a los recursos en formación sean de pregrado o de especialidad, este cúmulo de experiencias y puntos de vista de varias vertientes y tendencias sistematizados, que cumplen con la rigurosidad científica requerida.

Es mi ambición fortalecer la estrategia comunitaria como el espacio político donde se pueden realizar varias utopías como: Solidaridad, equidad, redistribución, igualdad, oportunidad, productividad y también competitividad. Sobre todo pensando que la salud pública se verá fortalecida en este escenario, su medio connatural.

En cuanto a las Medicinas Ancestrales y Salud, es importante advertir que la matriz del conocimiento universal deviene de los ancestros en una especie de retorno del nuevo-viejo conocimiento. Y ello en todas las culturas de este universo.

Hoy en día se ve al conocimiento Médico alternativo manifestarse en especialidades como la homeopatía, la acupuntura y moxibustión, la bioenergética, la naturopatía, la tautología, la medicina Ayurvédica, la radiestesia, la fotobiótica, la reflexología, la aromaterapia, la musicoterapia, la orinoterapia, y no puede omitirse en su calidad de medicina complementaria la Medicina Tradicional que deviene de los ancestros indoamericanos en la memoria colectiva de su población.

*Quito, Ecuador
Verano del 2001*

Nota

- 1 AURORA, XLVIII, pp. 645.

Capítulo 1

EL CONTEXTO ECONÓMICO SOCIAL DEL SECTOR SALUD EN AMÉRICA LATINA

El sector salud ubicado como parte fundamental del segmento social de los estados en América Latina y el Caribe durante la última década de siglo y milenio enfrentó dos disyuntivas cualitativamente diferentes, por un lado la propuesta de la Comisión Económica Para América Latina y el Caribe CEPAL, organismo oficial de las Naciones Unidas, define a la década de los años 80 como: “Perdida o del aprendizaje doloroso”, básicamente por: pérdida del dinamismo, desequilibrios macroeconómicos, un ajuste de carácter regresivo, un debilitamiento del sector público y un descenso de la inversión. Ante esa realidad propuso para aquel período considerar como tareas primordiales y comunes a todos los países: La transformación de las estructuras productivas de la región en un marco de progresiva equidad social. Mediante esta, se pretendió crear nuevas fuentes de dinamismo que permitan cumplir algunos de los objetivos propios de una concepción actualizada de desarrollo: crecer, mejorar la distribución de ingresos, consolidar los procesos democráticos, adquirir mayor autonomía, crear condiciones que detengan el deterioro ambiental y mejorar la calidad de la vida de la población.

Para la CEPAL la década de los 80 y parte de los años 90 refleja indicadores de deterioro del desarrollo dignos a considerarlos en una estrategia que podría ubicarse como latinoamericanista así como, si se aplica tan solo el indicador global del PIB por habitante, (ver cuadro No. 1) queda corto con el mismo indicador hace 10 años, en consecuencia, los países de la región al iniciar el decenio de los 90 con el peso de la inercia recesiva de los 80, con el pasivo que significó la deuda externa. Arrastra desequilibrios macroeconómicos no resueltos, creciente obsolescencia de la planta de capital e infraestructura física, una abismal distancia entre los cambios tecnológicos a escala mundial y los generados en la región, el desgaste de la capacidad financiera y de ges-

ción de los gobiernos, el creciente desempleo, el mal aprovechamiento de los recursos naturales y la depredación del medio ambiente.¹

En el ámbito político varios países avanzaron hacia sociedades plurales y participativas no obstante se acentúa cada día más la desideologización en el debate político y económico de cuya consecuencia se desprenden las propuestas de concentración por la falta de tesis alternativas.

En términos precisos los desafíos de los 90 obligan a la región a reencontrar el camino para acceder al desarrollo.

La superación de la crisis lleva implícita un sinnúmero de exigencias que van desde mantener y fortalecer los regímenes democráticos, estabilizar las economías, lograr el desarrollo tecnológico, mejorar la distribución del ingreso, incrementar el gasto social, y preservar el hábitat ecológico, en síntesis superar todos los indicadores tecnológicos que aparecen como huella patética de un pasado doloroso, y las posibles alternativas se enmarcan en la estrategia de transformación productiva con equidad.

Como contrapunto a esta postura se evidencia el criterio de los Organismos Financieros Internacionales, es decir quienes inyectan recursos a nuestras economías en crisis, ellos son: El Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional, La Agencia para el Desarrollo de los EE.UU. USAID, el BID entre los más significativos, para quienes el desarrollo de la región debe enmarcarse dentro de reales condicionamientos de carácter eficientista es decir, justificar la inversión en términos de costo-eficiencia o costo-efectividad, pago de la deuda externa, cuyo peso se evidencia en el cuadro N° 2, transferencia de tecnología, configurando una matriz que debe ejecutarse en nuestros países a riesgo de perder su contribución. Dentro de este aspecto se ubica claramente el costo social de la salud que obviamente debe ser replanteada en el marco de tales exigencias. Afortunadamente a pesar de la rigidez del modelo, las instituciones que prestan su contingente al desarrollo de los pueblos como Naciones Unidas (PNUD) a caracterizado un perfil llamado de desarrollo humano que se confronta con los indicadores del desarrollo económico. Esta definición no hace otra cosa que sensibilizar la participación económica en flancos de verdadera actividad social para corregir las profundas brechas del subdesarrollo, desde esta óptica hay tres elementos del desarrollo que son esenciales:

- a. Una vida larga y saludable.
- b. Acceso permanente al conocimiento; y,
- c. Acceso a los recursos necesarios para tener un nivel de vida decente.

Este indicador trata de medir el desarrollo humano confrontando los índices de expectativa de vida, alfabetización de adultos y el poder adquisitivo, ver cuadro N°3. Los valores del índice demuestran como es posible conseguir relativamente altos niveles de desarrollo humano, inclusive un marco de ingresos modestos, siempre que sea la persona el centro de los procesos.

De allí que, para superar el carácter de las políticas de ajuste y el deterioro social que a significado para nuestros países la depresión de importantes segmentos de la población de adquirir servicios en el mercado, el descenso en la cobertura de servicios básicos como salud y educación, disminución de salarios, cuyas consecuencias son impredecibles como en el caso de varios países de la región, donde las luchas de supervivencia han generado desenlaces cruentos.

Por ello es que los Organismos Financieros Internacionales, con el afán de que su aporte sea significativo para resolver las demandas sociales, constituidas en puntos neurálgicos de desequilibrio, han diseñado estudios cuyos resultados confluyen en igual dirección:

- En general así como en el Sector Salud, los gastos de inversión pública, fueron reducidos en mayor proporción que con gastos ordinarios, ocultando el impacto de la recesión regional en la prestación de servicios de salud.
- A nivel per cápita los gastos ordinarios de salud pública, disminuyeron en la mayoría de América Latina y el Caribe.
- Entre los gastos ordinarios, los salarios y más beneficios para los empleados de la salud aumentaron relativamente, en tanto que disminuyó el presupuesto para medicamentos y otros materiales fungibles.

- En el sector privado no obstante carecer de datos, si se considera la tecnología dependiente del ingreso, el gasto médico privado, decrecerá proporcionalmente². Tanto los estudios de Musgrove 1987, como los de Guynne G. y Zschock D. publicado en 1990, bajo el auspicio del BID, confluye en la siguiente apreciación:

Que las limitaciones de recursos y la deficiencia organizacional han impuesto restricciones severas en la aplicación efectiva de los servicios de Salud Pública en la región de América Latina y el Caribe; y segundo que se necesitarán medidas de contención y recuperación de costos mediante aranceles al usuario y mecanismos de riesgo compartido y pre-pago para que los países de medianos y bajos ingresos de la región logren el objetivo universalmente aceptado de “Salud para todos en el año 2.000”³. Sin embargo, ya remontamos el año 2.000 y este objetivo continúa siendo una utopía, obviamente agudizado por el duro impacto de la crisis fiscal y la globalización de la economía /pobreza, básicamente en los países del denominado tercer mundo.

El Banco Mundial por su parte luego de su experiencia en préstamos al Sector Salud, llega a las siguientes recomendaciones:

- Cobro de aranceles al usuario en las instalaciones de Salud Pública, especialmente para la atención curativa y medicamentos. Los cobros debieran ser escalonados para proteger al pobre y los ingresos a ser recaudados destinados al mejoramiento y ampliación de los servicios de salud para los pobres.
- Facilitar el desarrollo de seguros de salud sociales y privados.
- Alentar a los proveedores no gubernamentales de salud a estipular precios que los consumidores estén dispuestos a pagar, de modo que los servicios públicos se dediquen a atención preventiva; y,
- Descentralizar los servicios de salud gubernamental, en especial aquellos en los que pueda recuperar aranceles al usuario y utilizar el poder decisorio local y la recaudación de ingresos como incentivos para mejorar la calidad y eficacia en el lugar de la prestación de los servicios.⁴

Este panorama demasiado explícito para nuestros países ubica con objetividad, las estrategias que los gobiernos de la región deberán asumir para enfrentar la crisis sanitaria con entereza, sobre todo considerando que son las fuentes de financiamiento quienes definen las reglas de juego.

Sin embargo la tarea emergente para quienes pensamos en voz alta en el derecho a la salud en nuestras comunidades, creemos válidas las siguientes recomendaciones estratégicas, que podrían tomar las contrapartes nacionales de acuerdo a cada circunstancia particular así:

- Profundizar y fortalecer el debate nacional, bilateral o multilateral sobre las propuestas de las instituciones financieras, esto permitirá asumir una posición regional en el campo de la negociación.
- Fortalecimiento y difusión de las definiciones de equidad, integridad e interinstitucionalidad del sector salud, entendiendo el continuo salud-enfermedad como la consecuencia de las condiciones que determinan un nivel de vida aceptable o no.
- Aprender a “moverse” en la estrategia de buscar fuentes alternativas de financiamiento de la salud y la reasignación de los recursos hospitalarios para la atención primaria, lo cual permitirá, mediante la propuesta de los Sistemas Comunitarios de Salud, compartir, fortalecer y dar cohesión a los mismos, garantizando el desarrollo sostenido de la propuesta.
- Promover como estrategia regional en América Latina y el Caribe, los Sistemas Comunitarios de Salud enmarcados en los planes de atención primaria de salud, APS y sistemas locales de salud, SILOS.
- Propiciar y fortalecer acuerdos interinstitucionales entre los Ministerios de Salud, los Institutos de Seguridad Social, el Sector Privado, para diseñar un plan estratégico frente a la crisis.
- Fortalecer los procesos de Reforma Sanitaria cuyo eje central sean los Sistemas Nacionales de Salud, desde la estrategia Gerencial y de racionamiento del gasto.
- Apoyo a los proyectos de modernización de los Estados que garanticen un sinergismo con las formas de organización comunitaria,

las cuales manifiesten condiciones de descentralización y horizontalización del poder.⁵

Cuadro N° 1
PRODUCTO INTERNO BRUTO
POR HABITANTE

PAÍS	DÓLARES * (1997)
Argentina	5.790
Bolivia	892
Brasil	3.214
Chile	3.557
Colombia	1.442
Costa Rica	2.030
Ecuador	1.284
El Salvador	1.161
Guatemala	964
Honduras	722
México	3.394
Nicaragua	591
Panamá	2.711
Perú	2.139
Rep. Dominicana	1.104
Uruguay	3.783
Venezuela	2.681

* (Dólares a precios del año 1990)

Fuente: CEPAL

Cuadro N° 2
DEUDA EXTERNA TOTAL 1997*

País	millones de dólares
Brasil	188.200
México	156.000
Argentina	108.000
Venezuela	33.250
Colombia	31.665
Perú	27.865
Chile	26.900
Ecuador	15881*
Cuba	10.500
Nicaragua	6.965
Uruguay	5.250
Panamá	5.030
Bolivia	4.450
Hondura	4.085
Costa Rica	4.000
Rep. Dominicana	3.540
Jamaica	3.200
El Salvador	2.770
Guatemala	2.030
Trinidad y Tobago	1.900
Guyana	1.550
Paraguay	1.475
Haití	1.030

*dato, de junio 1999

Fuente: Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe.
CEPAL. Edición 1997. Pág. 751. Datos Preliminares

Cuadro N° 3
INDICE DE DESARROLLO HUMANO

PAÍS	Esperanza de vida al Nacer (años) 1995	PIB real per cápita (en dólares) 1995	INDICE DES/HU
Alto Desarrollo humano			
1. Canadá	79.1	21.916	0.90
2. Francia	78.7	21.176	0.90
3. Noruega	77.6	22.427	0.88
4. Estados Unidos	76.4	26.977	0.86
5. Islandia	79.2	21.064	0.90
6. Finlandia	76.4	18.547	0.86
7. Países Bajos	77.5	19.876	0.88
8. Japón	79.9	21.930	0.91
9. Nueva Zelandia	76.6	17.267	0.86
10. Suecia	78.4	19.297	0.89
Desarrollo Humano medio			
65. Suriname	70.9	4.862	0.77
66. Líbano	69.3	4.997	0.74
67. Bulgaria	71.2	4.604	0.77
68. Belarús	69.3	4.398	0.74
69. Turquía	68.5	5.516	0.72
70. Arabia Saudita	70.7	8.516	0.76
71. Omán	70.3	9.383	0.75
72. Federación de Rusia	65.5	4.531	0.68
73. Ecuador	69.5	4.602	0.74
74. Rumania	69.6	4.431	0.74
Desarrollo humano bajo			
131. Myanmar	58.9	1.130	0.57
132. Camerún	55.3	2.355	0.51
133. Ghana	57.0	2.032	0.53
134. Lesotho	58.1	1.290	0.55
135. Guinea Ecuatorial	49.0	1.712	0.40
136. Rep. Dem. Pop. Lao.	52.0	2.571	0.45
137. Kenya	53.8	1.438	0.48
138. Pakistán	62.8	2.209	0.63
139. India	61.6	1.422	0.61
140. Camboya	52.9	1.110	0.46
Países más pobres, según el IDH (1995)			
171. Malí	47.0	565	0.37
172. Burkina Faso	46.3	784	0.36
173. Níger	47.5	765	0.38
	34.7	625	0.16

Fuente: Informe de Desarrollo Humano, PNUD 1998

Notas

- 1 CEPAL, Transformación productiva con equidad, Introducción y Síntesis, Santiago de Chile, 1.990.
- 2 OPS/OMS. Estudio realizado por Musgrove. Impacto de la recesión en los gastos de Salud Pública en América Latina y el Caribe, 1.987.
- 3 Guynee, G. Zschock, D. Financiamiento de la atención de salud en América Latina y el Caribe. Introducción.
- 4 World Bank. Financiamiento de la salud en los países en desarrollo: Una agenda para el cambio. 1.987
- 5 Orellana, D. Perspectivas de la Seguridad Social en América Latina, Conferencia en el Tercer Congreso Médico del IESS, Mayo de 1.992, Quito, Ecuador.

Capítulo II

APROXIMACIÓN A LA SALUD COMUNITARIA

Partiendo del supuesto consentido que hoy vivimos en la Era cósmica caracterizada por los grandes y majestuosos descubrimientos, cuya base sustancial es la tecnología que conlleva dentro de sí grandes transformaciones tanto en las interpretaciones del mundo como la segunda revolución tecnológica, influenciando directamente en la organización de la sociedad. Hoy en día apreciamos una comunidad con acceso directo a la información mecanizada mediante la electrónica, la telemática, la robótica, etc.

Este corto referente ilustra la afluencia vigorosa de los discursos llamados alternativos, de nuevo tipo, de defensa piadosa de los indios abandonados, de la lucha étnica, de la adaptación-resistencia, de la construcción de puentes salvadores entre el premoderno primitivo y el postmoderno de la felicidad y el cambio, de la persistencia de la lucha de clases y la revolución socialista, en fin, sin pecar de peyorativo, creo que todas estas intenciones nacen y cobran vigor en el referente cultural mencionado anteriormente, a partir del cual emanan en forma casi inconsciente, remarcando la raza síntesis y su propio proyecto autónomo, esto de manera alguna pretende asumir una posición preconcebida o predestinada, sino al contrario reconocer que a partir de la década de los años 70, luego en los 80 hasta hoy, la predominancia y el impulso de las ciencias humanas y sociales como la antropología social, la etnología, el humanismo, la sociología en los pensums de estudios de las universidades de América, sobre todo, han aportado mucho a ciertos esquemas conservados por siglos en la clase política protagónica, sobre la identidad nacional.

Hoy en día, no obstante divergencias, discrepancias, puntos de vista en confrontación puede hablarse ya de un denominador común: la búsqueda y/o recuperación de la identidad nacional y esta en el campo de los sistemas de salud apoya la existencia y validez de códigos, leyes, normas e insumos que los categorizan como sistemas abiertos en

movimiento dinámico, en la perspectiva de ser reconocidos y desarrollados dentro de la estructura múltiple del Estado.

Hasta la presente, hablar de salud comunitaria desde la mirada burocrática del Estado ha sido enmarcada dentro de los llamados planes o programas de desarrollo comunitario esto es, volcar el “Apoyo Máximo” a los sectores indígenas a quienes se los ha incluido como zonas de serio conflicto social, por ser parte del mapa de pobreza extrema levantado y argumentado por los sociólogos.

Si la visión de áreas conflicto es unidireccional, las soluciones aparentes también lo son, esto ha determinado experiencias desagradables en unos casos, intrascendentes en otros. Como la Misión Andina en varios países, FONCODES en Perú, FODERUMA y los SEDRI en Ecuador y, varios programas de desarrollo en los países de la región. Hoy recuerdos ingratos en la mente del hombre andino.

Qué hacer?

De acuerdo a nuestras modestas experiencias que básicamente recogen prácticas de varias realidades de la Región, se trata de invertir totalmente la metodología, tanto de acercamiento, como de implantación y desarrollo de las ideas de cada comunidad portadora de una vivencia autónoma que hasta hoy le ha garantizado su existencia y vida futura en cada realidad nacional, entonces creo que es un equívoco seguir argumentando sobre la evaluación de la atención formal en las áreas rurales, sobre la incorporación de los Sistemas no formales al oficial, etc., etc..

Además, los recursos de salud utilizados en centros de atención donde predomina la práctica oficial de carácter racionalista y con fuertes dosis de dependencia ya sea “medicocentrista”, de adherencia hospitalaria y de “medicalización” de por sí demostraron su desfase con las prácticas comunitarias, mucho peor si la dinámica de los agentes de salud comunitaria no encajan en los programas del Estado. Un indicador sensible es la evaluación del plan de salud rural, Suárez J., 1982. El estudio reveló que una minoría de médicos se refirió a los curanderos en términos positivos. De 555 médicos menos del 1% tenía una actitud positiva hacia los curanderos, el 9% demostró indiferencia, el 27% se opuso a las prácticas de los curanderos y el 64% favoreció la integración de aquellos pero si el sector informal se subordina al formal.

Finalmente, solo el 4% de los médicos pensó que los pacientes podrían ser derivados a los curanderos tradicionales, mientras más de la

mitad sugirió que los curanderos debían derivar los pacientes hacia ellos.

De igual manera un 73% de 222 auxiliares de salud del Ecuador tuvo actitudes negativas hacia los curanderos tradicionales.¹

Según Kroeger, este rechazo al sector alternativo de salud se ajusta a la ideología médica y refleja una total ignorancia sobre la variedad de curanderos y los métodos de curación dentro del sector no formal de la salud.²

Varios aspectos básicos en orden de prioridad marcan el ambiente propicio de aproximaciones para la vigencia de los sistemas comunitarios de salud.

1. La existencia de prácticas, códigos, redes de distribución y ejecución del poder curativo hacia la población que configura el sistema comunitario y que es básicamente la expresión cultural de la organización comunitaria en la que se sustenta el Estado y más estamentos de la Sociedad. Esto lo analizamos en el capítulo que trata sobre las experiencias, tesis, hipótesis demostradas en varios países de América Latina y que vigorizan la versión múltiple flexible y pluralista del sistema.
2. La estrategia asumida en el ámbito universal por los países sobre atención primaria de salud APS, Alma Ata 1978, mediante la cual los países se comprometen a desarrollar con prioridad la atención de salud a los sectores más apartados y deprimidos social y económicamente, utilizando los recursos del medio disponibles y preparando personal básico que se encargue de la cobertura de las áreas indicadas. Este compromiso motivó ciertamente a los organismos de salud de los países y se dio inicio a la estrategia de acuerdo a cada realidad particular, utilizando para ello los elementos administrativos de equidad, oportunidad, eficiencia y eficacia. Sobre si la estrategia funcionó bien, regular o mal, es motivo de otro análisis, no obstante este es un elemento importante que refuerza la tesis del sistema comunitario, en la perspectiva de guardar *sindéresis* con la meta universal de salud para todos el año 2000, promovido por la OMS, meta cuyos elementos básicos son:

- Educación de la comunidad sobre problemas prevalentes de salud y métodos para prevenir problemas de salud y controlar los que surjan.
 - Provisión de suministros adecuados, alimentos y nutrición apropiada.
 - Suficiente agua segura y saneamiento adecuado.
 - Atención de salud materno infantil, incluyendo planificación familiar.
 - Prevención y control de enfermedades endémicas locales.
 - Inmunización contras las principales enfermedades infecciosas.
 - Provisión de medicamentos esenciales para el tratamiento de enfermedades y lesiones comunes.³
3. El contenido de la Resolución XV. Sobre “Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud”, aprobada por la XXXIII Reunión del Consejo Directivo de la O.P.S. del 30 de septiembre de 1988, destaca la necesidad de obrar con agilidad y abreviaron con la sigla SILOS la resolución en mención cuya base operativa se fundamenta en:
- La reorganización del nivel central para asegurar la apropiada conducción del sector y el desarrollo de los SILOS.
 - La descentralización y la desconcentración.
 - La participación social
 - La intersectorialidad
 - La readecuación de los mecanismos de financiación
 - El desarrollo de un nuevo modelo de atención
 - La integración de los programas de prevención y control

- El refuerzo de la capacidad administrativa
- La capacitación de la fuerza de trabajo en salud
- La investigación.⁴

Luego siguen varias resoluciones de apoyo a la implementación de los SILOS, hoy ya se pueden tener las evaluaciones iniciales cuyo consumo está en difusión y análisis, una de ellas a través de uno de los gestores dice al referirse a los pueblos indios de América: que estos ocupan los peldaños más bajos en la escala socioeconómica de la región, estiman en 42 millones la población “autóctona” de la región.

Se considera que es muy poco lo que se conoce específicamente sobre la situación de la salud indígena. Estiman que la estrategia de descentralización y desarrollo de los SILOS puede ser un punto de apoyo a los esfuerzos locales de articulación y organización adecuada a las necesidades especiales de esa población.⁵

4. Posteriormente, entre el 17 y 20 de septiembre de 1991 en la ciudad de Omiya Prefectura de Saitama, Japón, se reúne la cumbre de Salud Pública para suscribir la declaración de Saitama que dentro de lo sustancial se compromete a:
 - Reafirmar su compromiso con la meta de Salud para Todos y que la atención primaria de la salud es la estrategia apropiada.
 - Destacar que a pesar de los progresos en la implementación de esa estrategia y la reducción de las diferencias del estado de salud entre los países desarrollados y en vías de desarrollo desde la declaración de Alma-Ata, todavía existe una inaceptable brecha entre ellos y dentro de ellos.
 - Recientes cambios en las situaciones políticas, socioeconómicas, epidemiológicas, demográficas, ecológicas y tecnológicas, impondrán aún una mayor carga en la financiación y distribución de los recursos del sector salud, los cuales ya se encuentran disminuidos.
 - Reconocer que existe una relación crítica entre salud, desarrollo socioeconómico y la necesidad de establecer una rela-

ción integrada y estrecha entre los componentes sociales, salud pública, medicina y economía.

- Propender hacia la redefinición de la Salud Pública y una nueva acción a la luz de cada realidad, para alcanzar salud para todos, definiendo las prioridades sobre la base de la información epidemiológica y dentro de las siguientes líneas:
- 4.1. Modelos cambiantes en salud pública, mediante la conducción de prácticas y normas técnicas que acompañen al desarrollo económico social.
 - 4.2. Educación y capacitación del personal de salud, haciendo hincapié en la multidisciplinariedad del desarrollo comunitario y acciones integrales de salud.
 - 4.3. Estilo de vida y ambiente. Identificando formas de promover estilos de vida saludables y prevenir conductas perjudiciales para la salud, como el tabaquismo, alcoholismo, violencia sexual, costumbres sexuales inseguras que conduzcan al SIDA etc..
 - 4.4. Desarrollo y explosión demográfica.
 - 4.5. Investigación sobre salud medio ambiente y desarrollo económico.
 - 4.6. Solidaridad en el desarrollo. Generar una tendencia global para mejorar la sociedad humana, promoción de salud, protección del medio ambiente integrando a todos los sectores, públicos, privados y no gubernamentales.
 - 4.7. Participación de la comunidad en la dinámica del desarrollo, dar oportunidad para que los individuos y comunidades se involucren en todos los niveles decisorios, en la sección de prioridades, desarrollo de programas y conducción y dirección de servicios.
 - 4.8. Ética y equidad en los servicios de salud y desarrollo.
 - 4.9. El Mix público privado y los recursos humanos para la salud. Explorar sistemas de salud, verdaderamente pluralistas.
 - 4.10 Tecnología médica y bien público.

- 4.11 Manejo de los servicios de salud y temas ambientales
- 4.12 Rol de la mujer frente a la salud y desarrollo.
- 4.13 Rol de la O.M.S. como elemento de apoyo a las tendencias de salud, desarrollo y medio ambiente especialmente a países en desarrollo; y,
- 4.14 Dar mayor importancia al rol de los medios de comunicación e información.⁶
- 5. Finalmente en Washington D.C. del 08 al 10 de abril de 1992 la O.P.S., el Comité Ejecutivo del Consejo Directivo, Subcomité de Planificación y Programación, tema 8 del programa provisional trata sobre “Salud de los Pueblos Indígenas”. Expresa que: “Los países Miembros de la O.P.S., tienen muy poca información sobre el estado de salud de los pueblos indígenas de las Américas”, fuentes conocedoras estiman que la población autóctona de las Américas es de aproximadamente 42 millones o entre el 5 y 6% de la población total del continente, ubicado en casi todos los países. Hablando más de 600 idiomas diferenciados y con gran variación de estilos de vida y niveles de desarrollo, las poblaciones autóctonas se caracterizan por su diversidad que por los rasgos que tienen en común.

En América del Norte, las cifras del último censo indican que hay poco más de 2.5 millones de indígenas: 1'945.262 en EE.UU. (1990) y 711.720 en Canadá (1986) de éstos 113.488 son nativos de Alaska.

Aproximadamente el 80% de indígenas de las Américas está ubicado en Mesoamérica (México, Guatemala, Belice) y en la Región Andina (Bolivia, Perú, Ecuador) donde del 9 al 60% de la población de cada país es indígena. El 20% restante de la población indígena en el hemisferio occidental habita en los siguientes países enumerados por porcentaje descendente de la población total: Honduras, El Salvador, Guyana, Chile, Suriname, Panamá, Nicaragua, Paraguay, Colombia, Canadá, Argentina, Costa Rica, Venezuela, Estados Unidos, Brasil y el Caribe Insular. Aunque los números son pequeños en algunos países se notifican tasas de crecimiento demográfico considerables y mayores ta-

sas de fecundidad en todas partes, en Guatemala, Bolivia, México, Perú y Ecuador a la cabeza.⁷

Según el documento en mención en los últimos 30 años ha habido un resurgimiento de los movimientos por y para los pueblos indígenas a fin de mejorar sus condiciones de vida, mediante un proceso de recuperación cultural e histórica. Este esfuerzo los ha ayudado a recobrar la identidad en cada país.

Solo unos pocos ministerios de salud han establecido oficinas responsables de la salud de las poblaciones indígenas, la mayoría de las poblaciones autóctonas forman parte de los cuarenta millones de personas que en las Américas carecen de los sistemas convencionales de salud.

Se han desarrollado y puesto en práctica pocos proyectos de salud exclusivamente con personas autóctonas. *Es necesario hacer esto, empleando una metodología de participación y permitiendo la vinculación de las construcciones básicas de la medicina tradicional, los curanderos autóctonos facilitan el bienestar espiritual y social de la comunidad.*⁸

La medicina tradicional se ha mantenido a lo largo de los siglos aun en los lugares donde las personas tienen acceso fácil a la medicina occidental, las asambleas mundiales de la salud lo han discutido y adoptado resoluciones sobre ella.

Durante el último decenio ha aumentado el interés en el uso de la medicina derivada de plantas, se han adoptado medidas “que intensifiquen las actividades encaminadas a la cooperación entre quienes practican la medicina tradicional y quienes dispensan una asistencia sanitaria moderna, especialmente en lo tocante al empleo de remedios tradicionales inocuos, eficaces y científicamente válidos para reducir los gastos nacionales en medicamentos”.

El documento prosigue, señalando que es preciso compilar información sobre categorías específicas de enfermedades, trastornos pertinentes para analizar la salud autóctona, infecciones víricas, bacterianas y parasitarias (cólera, tuberculosis, lepra); enfermedades tropicales (malaria, leishmania, etc.); trastornos por deficiencia de micronutrientes (bocio endémico), salud mental, abuso de narcóticos y alcohol, suicidio y violencia, enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión) que ahora no se pueden obtener fácilmente. Es necesario investigar los efectos de las prácticas de trabajo y de vida en el ambiente natural.

Sostiene que: *“dado que la atención de salud tradicional es en general un sistema holístico basado en el reconocimiento y creencias que exis-*

tían antes de que se difundiera la medicina moderna, los profesionales de la salud tradicional y los occidentales necesitan aprender”.

El documento termina planteando un proyecto operativo que se materializará en un taller hemisférico en 1995, como confluencia y motivo de fuerza mayor dadas las circunstancias de todas las poblaciones indígenas de las Américas. A este evento proponen que deben asistir las organizaciones indígenas de la región como el World Council of Indigenous People (Consejo Mundial de Pueblos Indígenas), con Organizaciones Indígenas de Canadá, estará patrocinado por la OPS y otros copatrocinadores como la Sociedad Canadiense para la Salud Internacional.

Concluye diciendo que el éxito de cualquier iniciativa exige la orientación de los pueblos indígenas mismos a lo largo de todo el proceso. Un aspecto importante es el desarrollo de relaciones basadas en la reciprocidad y el reconocimiento del proceso de recuperación de la identidad de las poblaciones autóctonas.⁹

A manera de epítome de este capítulo es mi deber remarcar los siguientes hechos:

- La evidente presencia de una población india en la región de las Américas, depositaria de una Organización propia basada en códigos, leyes, normas, métodos y formas de vida propios que determinan una identidad vigente que abarca toda la dinámica de su existencia, esto es formas de ejercicio organizativo del poder comunitario, su relación frente al desarrollo social, político y económico en cada país, la forma de coexistencia y/o subsistencia y, a mi modesto modo de ver esta realidad, estos pueblos denominados en este trabajo como el más cercano referente genético y cultural, aportan a la organización moderna elementos alternativos en varios ámbitos del conocimiento humano. Desde el ejercicio del poder del Estado, los métodos de descentralización, el fortalecimiento de los lazos de solidaridad, reciprocidad y participación sociales.

Potencializan la tradición oral como método de información y comunicación y en el caso de los sistemas de salud, hoy en día en varios países funciona una trama sinérgica de las prácticas bajo la misma perspectiva.

Desde esta mirada, me parecen positivos todos los enfoques y esfuerzos encaminados a diseñar y definir la participación de las medicinas tradicionales como sistemas reconocidos oficialmente en las políticas de los Estados de América. Empero, esta intención debe ser fortalecida por la participación en todo el proceso, de los propios actores sociales, en este caso los pueblos indios quienes, mediante su saber ancestral orientado por la mirada cósmica de sus shamanes, curanderos, sabios y consejeros más idóneos, configuren en la práctica su propio mundo de los Sistemas Comunitarios de Salud.

Notas

- 1 Suárez, J. Evaluación del Plan de Salud Rural, Ministerio de Salud Pública del Ecuador, 1.982.
- 2 Kroeger, A. Barbira, F. Cambio cultural y salud, Abya Yala, 1.984.
- 3 OMS. Estrategia de APS. Alma Ata, URSS, Septiembre de 1.978, Pág. 13.
- 4 OPS/OMS, Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud, Washington DC, 1.989.
- 5 OPS. Salud de los pueblos indígenas, tema 8 del programa provisional, Washington DC, 8 a 10 de abril, 1.992.
- 6 OMS. Declaración de Saitama, Japón, Septiembre de 1.991.
- 7 OPS. Salud de los pueblos indígenas, Subcomité de planificación y organización, Washington DC, abril de 1.992.
- 8 Lo subrayado es criterio del autor.
- 9 Ibid. OPS, La salud de los pueblos Indígenas.

Capítulo III

LA COMUNIDAD ANDINA, MODELO DE ORGANIZACIÓN SOCIAL ALTERNATIVA

A partir de la década de los años 60 en América se da inicio a un proceso analítico-académico-discursivo de varios puntos de vista en torno a la organización de nuestras sociedades nacionales, su procedencia, su origen e identidad cultural, etc.. Coincidiendo precisamente con el desarrollo académico de las Ciencias Sociales y Humanas; de esta manera, sociólogos, antropólogos, etnólogos, ecólogos, historiadores entre muchos otros han dado su aporte en base del pasado indígena de América, todos ellos motivados, digo yo, por resolver la problemática de los sectores más deprimidos de la economía entre los que se hallan los pueblos indios. Varias estrategias han sido agotadas en este afán. Proyectos políticos como las Reformas Agrarias, el desarrollo rural integral, los fondos de desarrollo rural marginales, la Misión Andina, Instituciones Religiosas, Partidos Políticos y más Organismos no gubernamentales.¹ Se volcaron al campo para movilizarlo por sus “reales aspiraciones”.

Los gobiernos democráticos o de facto durante su tiempo político han demostrado el deseo de resolver la crisis del agro, sin embargo hoy se cumplen mas de 500 años de lo que llamamos convivencia entre América y Europa, desde luego marcando un hito de carácter temporal, nos encontramos en la transición e inicio de un nuevo siglo y milenio y la situación de los pueblos indios marcha a su propio ritmo.

La intención del presente trabajo no es poner el dedo en la llaga y recriminar conciencias; pues, en mi condición de médico investigador de la realidad del mundo indio, aspiro sumarme a muchos criterios encaminados a señalar pautas tendientes a demostrar de un lado y resolver de otro la problemática social de este gran segmento de la población americana y para ello intento demostrar que la organización comunitaria de varios de los países de América crea las bases más sólidas en las cuales pueden construirse obras solventes que a la postre representen soluciones a cada realidad social en particular; y dentro de ella a las condiciones de salud.

Para demostrar la vigencia política organizativa de la comunidad andina como organismo en el cual se cimienta la organización popular en Latinoamérica, es condición indispensable establecer la gama de modalidades que ha ido asumiendo en la historia milenaria del continente y los flujos del poder individual y colectivo de sus miembros que en diferentes etapas han debido modificarse, readaptarse, contemporizarse, resistir en fin asumir roles dentro de lo que podría catalogarse como estructuras de poder formal, ligado a las instituciones oficiales a lo largo de la historia, versus el sinergismo con afinidad económica, de prestigio, quienes deciden y controlan la dinámica comunitaria, reproduciendo la figura política preincaica, en su relación con migrantes o conquistadores de la milenaria Hiperborea² procedentes de Eurasia y Norteamérica en su peregrinaje hacia los pueblos del sur cuya divinidad Huiracocha ha sido reconocida tanto por los pueblos precolombinos como por los cronistas de indias, fenómeno social más estudiado en el cono sur que a nivel norandino. El modelo organizativo inca fue asimilado y/o compartido a la experiencia andina, de tal forma que tanto señoríos como cacicazgos y confederaciones reconocidas luego por la constitución del Estado “moderno” español europeo, fue tornándose luego en cabildos como unidad comunitaria oficial hasta hoy. Estructura que fue muy flexible al modelo de la hacienda colonial, republicano, hoy en crisis para el mundo indio como el “concertaje” dirigido a destruir, desintegrar o descomponer el sistema social indígena, no logró su propósito. Aún la dinámica moderna con un mercado poderoso que ha desintegrado la cohesión de las sociedades urbanas a través de los llamados microespacios inconexos, o de otro lado, fragmentando a grupos sociales enteros, en la dinámica del mundo indio no a hecho otra cosa que diversificar sumar y cohesionar la organización comunitaria, esto lo demuestran los programas masivos de radiodifusión, televisión, informatización. Demostrando con ello que sus rasgos ancestrales de ser una cultura no cronológica sino cósmica y de tradición oral, adopta en su favor los progresos científicos de la modernidad.

Esta consolidación y transmisión de poderes generacionales ha logrado su expresión en un denominador común, esto es el reconocimiento de un poder personificado en el cacique Shamán o curaca en calidad de depositarios y mediadores imperceptibles en la mayor parte de casos, con las estructuras de poder moderno.

Sin embargo, esta estructura un tanto más ligada al pasado, conforme la sociedad cambia su estructura, la organización comunitaria andina se remozca y crea sus líderes naturales que son la expresión memorística de lo anteriormente ocurrido.

En lo estructural y organizacional la comunidad andina entendida en un marco de países pluriculturales y multiétnicos, deben ser motivo de un análisis muy didáctico que permita entender y encontrar los enlaces históricos con la organización social moderna, enlaces que según los estudiosos de la problemática son considerados como relaciones simétricas o asimétricas, de disputa, de represión-liberación, en fin. Empero, el propósito del presente enfoque es, asumiendo una postura revalorativa de la identidad indoamericana asimilar las experiencias y aportes de casos particulares para tornarlos en proyecto regional reivindicativo dentro de su legítimo espacio nacional y social, tanto en cada país como en el contexto regional y continental; por ello, a lo mejor pasaremos por alto los casos particulares en función de potencializar la convergencia de tesis de carácter macro y común para armar un programa estructural.

Hace falta señalar que aún se halla en tela de discusión el tipo de vindicación de las organizaciones sociales del campo y la ciudad. Unas priorizan lo étnico; otras lo cultural otras principalizan su condición de pobreza y marginalidad ligada a las clases sociales subalternas. De otro lado, se ha observado la irrupción de tesis antropológicas ligadas a realidades ancestrales, así para unos es el proceso de incanización socialista, el modelo ideal a reconstruir. Para otros es el sistema Norandino ligado al reino de los Shyris en Ecuador. En todo caso cada nación estaría en el trance de reencontrarse con una organización pasada ideal.

Yo creo que la identidad nacional y social se remonta mucho más atrás y congruente con la tesis de que nuestras culturas no son cronológicas y lineales, sino circulares, de retorno y devenir, y en ese proceso acumulan y son depositarios de una conciencia en proceso de cohesión en espera de un retorno y consolidación de su identidad, cuyos rasgos componentes sean la síntesis de la mejor expresión de cada etapa histórica. Entonces carece de sentido desviar la apreciación y forzar disputas y confrontación. Por el contrario, se deben estimular las reconstrucciones en función de un interés colectivo superior y en este caso ligado a las políticas sociales en salud.

A modo de referente estructural tomaremos las formas organizativas andinas de composición indígena en su calidad de elementos que reproducen formas ancestrales, que se vinculan a la sociedad moderna. Así, el Centro Andino de Acción Popular CAAP en varios de sus libros sobre la estructura de poder y la comunidad, plantea en el afán de clasificar la naturaleza de lo político en la comunidad andina tres niveles de relación:

1. La estructura parental del poder,
2. La estructura productiva del poder; y,
3. La estructura ritual del poder.

1. La estructura parental

En la actual comunidad indígena del Ecuador, como herencia del antiguo modelo del Ayllu, el núcleo familiar no se identifica tanto con la unidad doméstica, cuanto con el grupo de parentesco ampliado, cuya conexión varía según las características étnicas comunales y aun particulares de cada familia, factor que se encuentra condicionado por la extensión de los lazos de consanguinidad y de alianzas matrimoniales, así como, por los requerimientos de estrategias de supervivencia y el manejo de sus recursos productivos dentro de cada unidad familiar.

La organización del parentesco en el mundo andino no puede ser comprendida sino en relación con el espacio de producción, con sus relaciones productivas de afinidad, con sus patrones tecnológicos, es decir con sus modelos tradicionales de subsistencias y esto vale remarcar es válido para el campo como para la ciudad, donde se reproduce esta dinámica.

Este aspecto operativo andino del parentesco, articulado a un método tradicional o no de producción ubica a sus componentes en el dominio de un ecosistema o de las variadas estrategias de supervivencia, de allí que se constituya una familia ampliada donde el poder lo ejercerá el “taita” o tronco común y eje de autoridad dentro y fuera del espacio comunal, siendo el representante ante el poder oficial.

Es natural que el poder de un grupo familiar es proporcional a la amplitud de unidades domésticas que la integran por consanguinidad, a las alianzas matrimoniales, a las relaciones de parentesco ritual (com-

padrazgo) y a la interdependencia y grado de cohesión de sus componentes. Existen otros aspectos que amplían y fortalecen la política parental, ellos son: a) Ampliar las relaciones y extenderlas lo más posible dentro y fuera de la propia comuna, incluso recurriendo al emparentamiento por compadrazgos; y, b) Seleccionando a sus mejores parientes que mejor puedan contribuir al poder y prestigio del grupo, ampliando así su margen de influencia.

2. La organización política del espacio productivo

La organización productiva está ligada al parentesco y núcleos afines y se basa en la reciprocidad, redistribución e intercambio que hacen posible la reproducción de grupos familiares simples o ampliados.

Los recursos económicos y productivos posibles que una familia o grupo de parentesco pueden controlar, tienen diferente valor e importancia tanto de acuerdo a las características de una región o comuna como en relación con el sistema de relaciones sociales que se instauran y a la competencia que estos pueden ejercer.

Los principales recursos que siempre están en juego son: la tierra (extensión, calidad y diversidad ecológica), los animales (de acuerdo a cantidad, calidad y tipo de alimentación), energéticos (combustibles, leña), agua, riego, medios de producción (yuntas, arado, tractor), medios de circulación de productos (transporte) y recursos monetarios adicionales.

Es evidente que el manejo de los recursos productivos determine relaciones sociales de diversa índole que permitirían que grupos internos o parentales ejerzan su proyecto propio, no obstante las bases de solidaridad, reciprocidad, complementariedad, permiten formas de alternabilidad del poder y ejercicio; desde este punto de vista, discrepo con el autor en mención, quien señala la conformación de privilegios al interior de la organización en base al prestigio acumulado o fundamentalmente económico, contradiciendo de esta manera las fuerzas que cohesionan la organización comunitaria en el campo y la ciudad los lasos ancestrales ya descritos.

3. Poder y ritualidad

Para explicar estas categorías de análisis volveremos a lo que representa el poder real y el poder formal dentro y fuera del espacio comunal desde luego dentro de una mirada integradora de la sociedad.

De esta manera la ritualidad cuya base de sustentación es el simbolismo, el mito, la magia, brindan un ropaje homogéneo a las relaciones de poder político internos de la comunidad sin permitir relaciones de asimetría manifiesta y dando cohesión del sistema. Este proceso está presente en todo momento de la vida comunitaria, desde las actividades productivas como la siembra y la cosecha, la comercialización de bienes, la alimentación y fundamentalmente la curación colectiva en ciertos casos que la circunstancia lo requiera.

Por esta razón no comparto el criterio que la ritualidad se manifiesta solamente o con mayor presencia en fiestas, priestazgos, compadrazgos y ceremoniales religiosos, puesto que esto restringe conscientemente la riqueza múltiple y diversa de la vida comunitaria cuya religiosidad mágico-mítica vive en la cotidianidad del ser, es decir, de cada individuo componente y poseedor de un rol específico en el seno de su núcleo familiar o comunitario. Esta forma de entender la problemática permite superar la forzada diferencia que se pretende hacer entre comunidad urbana y rural, comunidad de Sierra y de Costa, de Sierra y de Oriente y todo ello enmarcados en la estrategia de revalorización cultural y reencuentro de la identidad.

Estos hechos demuestran el porque y como la comunidad andina ha enfrentado en bloque todos los modelos de desarrollo experimentados por la sociedad moderna, es evidente la sobrevivencia a los sistemas hacendarios por centenares de años, luego los procesos de reformas del agro y el intento de redistribuir la tierra, el fomento a la agricultura, y múltiples políticas del estado, han condicionado por parte de la comunidad andina la adopción de estrategias de subsistencia basadas en su propia dinámica, esto lo demuestra las grandes migraciones a las urbes de Ecuador, Perú, Bolivia básicamente, y con ello la reproducción de sus sistemas de esas “nuevas” condiciones ambientales.

Del análisis realizado en este capítulo podemos concluir que la organización de la comunidad andina se manifiesta alternativa a la sociedad contemporánea y los rasgos de mayor importancia son:

- La flexibilidad del ejercicio del poder real y el poder formal.
- El reconocimiento de jefaturas y jerarquías libre y voluntariamente en base de cargos y normas de uso comunitario.
- La descentralización y diversificación sociales.
- La horizontalización del poder jerárquico y administrativo.
- La regionalización en base de demarcación geopolítica del poder y la naturaleza de su medio ecológico.

Estos atributos le otorgan a nuestra comunidad, formas ideales a ser consideradas para el ejercicio pleno del poder social, cuyos elementos de cohesión son la solidaridad, la redistribución, el bienestar colectivo y la participación.

Notas

- 1 Santana, R. Campesinado indígena y el desafío de la modernidad, CAAP. 1983, Quito, Ecuador.
- 2 Serrano, M. Manú, por el hombre que venbrá. Editorial Solar, Bogotá-Colombia.

Capítulo IV

EXPERIENCIAS, PRACTICAS, TESIS E HIPOTESIS SOBRE LA SALUD COMUNITARIA

El presente capítulo se constituye en cierta forma, en la base sobre la que se sustenta la propuesta que así como los criterios expresados en cada uno de ellos, existen muchas elaboraciones teórico-prácticas que se enmarcan en la misma dirección. En otro sentido, la sumatoria de experiencias particulares en estudios de casos en comunidades de varias zonas geográficas y ecológicas perfectamente diferentes, además la diversidad y multiplicidad de ámbitos culturales explorados incrementan la riqueza de esas tesis y permiten ya en este momento hablar de propuestas muy concretas cercanas a la realidad por tanto ser factibles y viables.

Los aportes teórico metodológicos de cada uno de ellos, dotados de vivencias permanentes o temporales en los lugares objetivo y la rigurosidad académica y científica han ido configurando el paradigma comunitario andino sintetizado en los sistemas comunitarios de salud.

Inicio examinando y haciendo memoria de un trabajo en las comunidades indígenas organizadas en la federación de comunas indígenas del cantón Cotacachi en la Provincia de Imbabura- Ecuador, en los años 1978-1979 donde, a pesar de partir de un discurso radical enmarcado dentro de la racionalidad académica de la formación universitaria, se establece el punto de partida de un camino que cada vez se vuelve más interesante por la objetividad que trae dentro de sí el trabajo con la cultura llena de mito religiosidad y sacralidad propia de esta región con particulares características en su vinculación a la sociedad moderna. Seguidamente y como parte de la experiencia se presenta un estudio en los centros y subcentros de salud de la provincia de Imbabura, mediante la aplicación de un documento encuestal por parte de los médicos rurales entre los años 1980-1981. Con ello se logran los primeros resultados y se abre muchas interrogantes que serán motivo de un estudio sostenido.

Luego, la ponencia de Duncan Pedersen, un estudioso de la problemática sanitaria en la región andina, presentada en el Congreso de Medicina tradicional en Lima Perú en 1988, sienta las bases más evidentes de la existencia de varios saberes en salud, que confluyen y se intercalan y que a la postre serían la base del saber colectivo. El reconoce la existencia de un saber médico tradicional autóctono, un saber oficial y como consecuencia de estos un saber popular, todos ellos coexisten en la memoria de las poblaciones de nuestros países, constituyéndose en elementos indispensables a ser estudiados a fondo y que forman parte de la cultura sanitaria de nuestros pueblos.

El planteamiento de Pedersen es un apoyo indiscutible de mucho valor a la estrategia de los sistemas comunitarios de salud puesto que su visión múltiple e integradora permite encontrar los vínculos de las prácticas médicas para fortalecerlas logrando su coexistencia, y fundamentalmente garantizando la conducción político administrativa de estos procesos.

Seguidamente las dos experiencias en las comunidades marginales de la República de Chile relacionadas con herbolaria chamánica y etnociencia en los Mapuche y la siguiente sobre el uso de hierbas medicinales y curación desde lo sagrado, son demostraciones prácticas ligadas a experiencias científicas y académicas de la cultura ancestral existente en las comunidades Mapuches del cono sur. Estos dos estudios son parte de los programas académicos de estudiantes de la Universidad de Chile, quienes han logrado y están interesados en impulsar estas prácticas y costumbres en calidad de métodos alternativos de carácter terapéutico.

En todo caso los estudios citados contribuyen al sentido del presente trabajo, a demostrar la vigencia de la cultura sanitaria tradicional.

La ponencia de Cesar Ozejo, sobre: participación, planificación y salud, propuestas nacionales y en la región Inca de Perú, presentado en el V Congreso de Asociación Latinoamericana de Medicina Social, Venezuela 1991, es una demostración de la similitud que existe en nuestros países, ubicando con claridad el problema de la participación comunitaria en salud como un elemento crítico desde la oficialidad, pero lleno de riqueza, replanteado desde el punto de vista de las culturas que habitan en ese ámbito geográfico de América.

Luego, me permito reproducir el artículo: Atención primaria o primitiva? de salud, del libro "Pensar en Salud" de Mario Testa, conspicuo constructor de la historia, militante probo del cambio en salud, ela-

bora una mirada crítica de la salud comunitaria en su versión oficial: Atención Primaria en Salud.

Queda entonces, al más ilustrado criterio de los lectores el emitir un juicio sobre las experiencias tomadas como justificativo de la tesis vigente sobre los sistemas de salud en la comunidad.

1. SALUD COMUNITARIA ENTRE LOS QUICHUAS Y MESTIZOS NORANDINOS DEL ECUADOR, PROVINCIA DE IMBABURA 1978-1981

1. Comunidades indígenas del cantón Cotacachi.- miembros de la federación de comunas
2. Trabajo con los médicos rurales de las unidades operativas de la provincia de Imbabura

Antecedentes

Durante la década de los años 70 en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador, se venía proponiendo tesis relacionadas con el cambio del modelo de formación de los profesionales de la salud: médicos, enfermeras, obstétrices, odontólogos, fueron la población blanco. Los movimientos de la izquierda universitaria se propusieron un proceso de reforma curricular, aprovechando para ello su hegemonía en la conducción del ámbito Universitario, administrativo y estudiantil.

Bajo la consigna de “La Universidad para el pueblo” y la estrategia de forjar la unidad obrero-campesina-estudiantil, que fortalezca el frente único hacia la “Revolución Socialista”, se diseñó en cada facultad el método para llevar a la práctica este proceso de reforma Universitaria, que apuntaba a vincular a los estudiantes, futuros profesionales con los sectores populares marginales para reivindicarlos.

Todas las experiencias de este intento reformista, finalmente devino en frustración de las iniciativas de una juventud que clamaba por inscribirse desde las aulas universitarias en la utopía del cambio social.

Los llamados “Talleres de estudio y trabajo” se constituyeron luego en fuente de acceso de grupos de profesionales jóvenes que pugnan por llegar a la docencia universitaria en forma fácil.

En la Facultad de Medicina se ensayó un cambio curricular totalmente contrario a las declaraciones doctrinarias y se persistió en formar profesionales bajo los mismos esquemas biólogos, impulsando la superespecialidad médica, en otras palabras el médico que se ha venido formando responde a este modelo llamado hegemónico, curativo, recuperador.

Y de lo preventivo? Solamente chispazos en los discursos de los “Intelectuales de Vanguardia”, dotados de una fuerte carga de “centralismo democrático Stalinista”.

Las políticas de salud del Estado, por el lento y escaso desarrollo institucional respondieron a las estrategias internacionales, pocos fueron los programas de auténtico sello nacional como el plan de salud rural, donde por ley tenían que pasar un año los profesionales de la salud previo a su legalización para el libre ejercicio. La “Siembra de petróleo” en salud, constituyó una considerable inversión en construcción y equipamiento de unidades en todo el país, no obstante aquello, el sistema de atención se mantenía ligado a las viejas concepciones de la salud pública, dando prioridad a la programación central unidireccional sin participación comunitaria, por tanto alejada de la cotidianidad social.

Es apenas a partir de Alma-Ata (1978) que se da inicio a los programas de atención primaria de salud, pasando a dar prioridad a otro dictamen internacional.

Quedando muy en claro que hasta entonces los sectores periféricos del campo y entre otros el indigenado y la ciudad con una acelerada urbanización desordenada, precisamente de campesinos migrantes, se hallen desprotegidos de todo tipo de atención.

Este somero antecedente se constituyó en incentivo para que un grupo de profesionales propongan la posibilidad de realizar un trabajo multidisciplinario cuyo eje fundamental sea la investigación-acción, relacionada fundamentalmente con la salud de los sectores campesinos indígenas de la provincia de Imbabura, provincia de la región norandina del Ecuador.

No obstante, partir de un marco interpretativo de la realidad campesina de los pueblos indios de Ecuador, mirado bajo una óptica diferente que no se enmarcaba en un tradicional discurso de la marginali-

dad, ni tampoco de ubicar contradicciones antagonistas clásicas dependientes de un discurso agitacional. Mediante los primeros contactos con la realidad y por información tanto de estudiosos del problema indígena así como también por relatos, cuentos, leyendas y mensajes transmitidos mediante la tradición oral, se logró elaborar un diseño lógico y metodológico de la convivencia que tenga un contenido “émico” de la dinámica indígena, su organización y su vinculación a la sociedad civil, y dentro de este novedoso enfoque mirar el problema de la salud desde una connotación holística y global que permita relacionar este fenómeno con las condiciones organizativas culturales, económico sociales, a todo este contexto lo denominamos como: Dinámica Comunitaria Frente a la Salud-Enfermedad Individual y Colectiva.

Los primeros pasos dados para relacionarnos con la comunidad en el desarrollo de la presente experiencia se hallan fuertemente influenciados de la concepción salud dependiente de la formación clínica curativa, biológica, por ello es que comenzamos por organizar un consultorio médico formal donde se prestarían las acciones curativo y preventivas para las comunidades indígenas pertenecientes a la Federación de Comunas de Cotacachi (Imbabura) organización clasista dependiente de la Federación Nacional de Organizaciones Campesinas del Ecuador, (FENOC) y que agrupan alrededor de 30 comunidades de la periferia del área cantonal.

Poco a poco la actividad práctica fue transformando nuestro esquema inicial de trabajo, el mismo que por fuerza de las circunstancias se fue tornando en área de reuniones, rituales, ligadas a las prácticas curativas y de saneamiento de la comunidad, estas demostraciones impartidas por agentes de su propio sistema de salud estructurado y con dinámica organizativa propia desde tiempos inmemoriales.

Así las cosas, algo digno de puntualizar fue la limitada producción nacional en relación con las llamadas medicinas tradicionales, apenas teníamos información de experiencias en las comunidades de lo que fue el imperio Inca en Perú, Valdizán 1922, las recopilaciones sobre experiencias de la medicina entre los Aztecas en México, Aguirre Beltrán 1963, y en nuestro país los aportes de Estrella 1977 y Pedersen 1979. Estos estudios se constituyeron en referentes teórico prácticos que apenas coadyuvaron con su criterio a las interrogantes e hipótesis que se iban desentrañando al interior de las comunidades. Sin embargo en lo relacionado con el análisis teórico del campesinado nacional, desde el pun-

to de vista sociológico se tenían muchos trabajos de carácter discursivo, pero matizados de posiciones políticas definidas, lo cual ciertamente dificultó la definición de una estrategia independiente, que finalmente la asumimos, aún a riesgo de abrir una nueva veta en la confrontación de tesis.

El presente trabajo es la recopilación de experiencias individuales en dos momentos importantes: El primero en el efímero paso por el CAAP (Centro de Arte y Acción Popular) hoy llamado Centro Andino, en los años 1978-1979 en un trabajo anexo a la Federación de Comunidades Indígenas del Cantón Cotacachi.

El segundo momento fue desarrollado con los médicos Rurales de la Provincia de Imbabura en el bienio 1980-1981.

Los dos constituyen una continuidad de propuestas, las cuales han permanecido inéditas en documentos, manuscritos y borradores de discusión, en el propósito de acumular más soportes teóricos operativos que le otorgue mayor credibilidad a la propuesta que de ella se deriva.

Lo que sigue es una secuencia ordenada de marco interpretativo, metodologías, objetivos, hipótesis, trabajo operativo y conclusiones referidas a los lugares donde se realizó el estudio.

La situación de salud en Ecuador

El desarrollo y consolidación del capital en la economía nacional es el determinante fundamental en la orientación de la política de salud del estado ecuatoriano. A breves rasgos se puede demostrar que la presente década se caracteriza por la introducción en la empresa privada de capitales mixtos. al mismo tiempo se nota la agrupación de sectores en ascenso en torno de la economía mineral, esta hipótesis a ser demostrada, caracteriza a nuestro país como capitalista en el que existen contradicciones basadas en la distribución del excedente económico.

La política estatal en el campo de la salud, históricamente ha marchado en forma paralela al proceso productivo, sustentándose en varios niveles del quehacer médico. Por ejemplo: en la década de los años 40, época de la mayor explotación bananera, dirigida por la UNITED FRUIT, Co. Se impulsan con fuerza las campañas de malaria en el agro ecuatoriano, para contrarrestar el ataque del paludismo a los trabajadores de las plantaciones de banano. En la misma época la irrupción

masiva de las masas campesinas al puerto principal trae consigo el hacinamiento humano en el suburbio determinando la proliferación de enfermedades como la sífilis, la tuberculosis, que diezman la población, por consiguiente sufren un duro reflujó económico las grandes fábricas, pues estaba deteriorada la fuerza de trabajo. Es lógico entonces que el estado presionado por los sectores afectados, crea los institutos de Tisiología, Sifilografía y Venereología, posteriormente se crean la Liga Ecuatoriana Antituberculosa y la Cruz Roja.

Hasta que en la década de los años 60 por presión unánime tanto de sectores gremiales, como de grupos progresistas, se crea el Ministerio de Salud, organismo que le permitiría al estado un mayor ordenamiento, que hasta el momento la venía dando la asistencia social, dependiente del Ministerio de Previsión Social. El asistencialismo se hace presente desde el inicio, a través de hospitales generales, hospitales provinciales, centros y subcentros de salud. Estos, no han alcanzado hoy en día un nivel eficiente de funcionamiento.

La política estatal a partir de la implantación del régimen militar se estructura en base de un programa desarrollista y en el campo de la salud se ponen en vigencia proyectos extensos de creaciones de instituciones de salud especialmente en el área rural, programas de saneamiento ambiental a través del IEOS, etc..

En el momento actual, los planes y programas de salud, a más de constituirse en fieles cumplidores de esquemas preestablecidos y puestos en práctica en nuestro país por organismos internacionales (OPS/OMS, UNICEF, USAID, UNPHA, ETC.) cuyo único afán es paliar las contradicciones sociales, tales son los casos de programas de alimentación, control de natalidad, o en otros casos integrando el personal comunitario de salud a los comités de desarrollo rural es decir a la pirámide de complejidad institucional. De esta manera se hace evidente la no existencia de una política de salud nacional que integre y coordine a estos sectores.

A lo anterior se suma la existencia de un plan de explotación en gran escala de la industria farmacéutica por intermedio de compañías multinacionales de expendio de medicamentos, junto a formas de experimentar en nuestros semejantes los nuevos fármacos que serán utilizados en las grandes urbes.

El IESS hasta el momento se constituye en la institución que imparte una política de salud de carácter democrática, dotando de cober-

tura asistencial al 6.3% de la población general; y, en particular a un alto porcentaje de los sectores medios, en los últimos años ha ampliado su cobertura al área rural a través del seguro social campesino, cabe anotar que la asistencia que proporciona el IESS es limitada, esto es no da cobertura a la familia del afiliado, tornándose este punto en una reivindicación a ser resuelta.

Las instituciones de beneficencia que en épocas pasadas cubrían gran parte de las actividades de salud, en la actualidad poseen algunos centros de carácter curativo, no son otra cosa que empresas formales que bajo la consigna de “El beneficio caritativo hacia la colectividad” mantienen negocios como loterías y más actividades de aparente beneficio social.

La salud militar y policial han creado de igual manera organismos paralelos al Ministerio, en los cuales se practica una medicina de carácter curativo y recuperador.

Al mismo tiempo que el poder económico, político, administrativo del estado crea este tipo de política en el campo de la salud, en el interior de los sistemas médicos se han ido estableciendo grupos de comerciantes de la medicina cuyo único objetivo es sin duda alguna, entregar la mercancía médica en el mercado de la libre empresa para generar un excedente. Se trata de las clínicas de grandes inversiones de capitales, cuyo campo de acción es limitado, puesto que en estos centros se compra salud a precios muy elevados, creando naturalmente plusvalía para dichas empresas, a la vez que el accionar modernizante crea la necesidad de múltiples especialidades e instrumental de carácter sofisticado. Esto evidentemente va consolidando una elite médica, a partir de la cual nacen las reformas y adaptaciones de las políticas de salud del estado, a la vez que se constituyen en los principales opositores de los avances progresistas que impliquen mejoras para los servicios de salud de la comunidad.

A esto es necesario añadir que la formación del médico en las universidades del Ecuador a pesar de existir ligeros cuestionamientos a los pensums de estudios en el sentido de impartir una formación académica crítica, hasta el momento los médicos que egresan de las universidades se integran completamente al sistema y en los últimos años ya ha causado su efecto al desfase entre la formación de médicos y lo que el Estado requiere, aumentando el desempleo médico a niveles alarmantes.

Es también imperativo analizar los proyectos propuestos por los sectores políticos alternativos sobre el problema de la salud, al respecto planteamos dos interrogantes.

Será la solución para conseguir que la salud del pueblo sea un derecho:

1. La apertura democrática de todo el sector salud? o,
2. La socialización de la medicina?

La primera pregunta tiene su explicación actual pues se ha demostrado que las políticas de salud a partir del régimen militar han adoptado un tinte democrático ampliando su cobertura y dando solución a una contradicción existente entre sectores abandonados, áreas privilegiadas, entonces tienen su explicación los centros de salud rural, pero en qué condiciones?

De igual manera el IESS, la salud militar y policial tienen proyectos propios a corto, mediano y largo plazos.

Esta afirmación necesita una explicación del alcance de la “democracia” actual. Si bien, la salud tiene un alcance democrático en manos del estado, en que momento se crean las condiciones para socializarlo? O la socialización tiene que ser en términos de la democracia absoluta, situación contradictoria puesto que lo único posible de realizarse son reformas controladas por el poder político vigente.

Pensamos que la socialización no puede ser planteada en términos abstractos puesto que se constituye en un hecho desligado de la realidad. En todo caso creemos que debe ser parte de una estrategia general que posibilite un proyecto de salud con la actividad política renovadora, que defina la naturaleza de la estructura estatal básicamente, y que cree vigorosamente las condiciones de un nuevo ejercicio de la salud pública impartido desde el estado.

No se puede perder de vista que este proceso subsume una etapa democrática que debe impulsarse en toda su extensión, pero en estas circunstancias la estrategia general es la constitución del sistema nacional único de salud como base de un posible proceso de reforma sanitaria de carácter estructural.

El sector campesino

Para definir una política de salud que responda a los intereses del campesinado de nuestro país, es necesario conocer su formación social, aún más si consideramos que el área andina del Ecuador está constituida en su mayor parte por población indígena 40% aproximadamente, cuya forma de vida difiere radicalmente del conglomerado social en general. Por consiguiente para realizar un trabajo en el campo de la salud, se requiere conocimientos socioculturales muy profundos y no supuestos, de lo que representan los pueblos indios. Solo cuando hayamos alcanzado un alto nivel de penetración y convivencia, es decir una práctica social en los sectores campesinos, podemos percatarnos de dichas interrogantes.

Pero, que significa esta abstracción? Es la suma total de las costumbres, creencias, actitudes, valores, metas, leyes, tradiciones y códigos culturales de un pueblo. Incluye su arte, lenguaje, comprende la visión integral del universo y también su actitud hacia la salud y la enfermedad.

El campesino indígena muestra la tendencia inevitable ha aceptar las partes visibles de una cultura distinta a la propia, e inconscientemente transfieren elementos de la suya, aunque en una forma bastante incompleta y aleatoria. Esta comprensión real de los elementos invisibles de otro medio cultural exige mucho esfuerzo y penetración sumas, circunstancias inexistentes en nuestro medio y aún más en el campo médico. Aquí podría rebatirse que la penicilina actúa de la misma forma que en pacientes de diferentes culturas, que un parto complicado se lo resuelve por cirugía en todas partes, esto técnicamente es verdad, pero existen ciertos hechos que suceden en nuestro campesinado, tal por ejemplo la negligencia absoluta a asistir a un hospital, por la discriminación en unos casos y otros por la incomprensión de las utilidades que prestan o por que prefieren a sus agentes propios de su sistema. Desconocen el alto porcentaje de desnutrición, se niegan a donar sangre para transfusiones. Tal apreciación denominada por sociólogos y antropólogos, cómo “Conflictos transculturales” pueden tener una salida, al articular un programa que integra lo científico técnico con lo tradicional, situación que es factible llevarse a efecto teniendo como objetivo en definitiva coadyuvar a un proceso de cambio en salud, actividad que la planteamos para las áreas de trabajo.

Partimos de la experiencia en la zona rural de Cotacachi donde existe un proceso de marcada desigualdad, hasta hoy se han evidenciado varias contradicciones existentes desde el punto de vista social y económicamente, en el campo de salud, existe escasa cobertura impartida por el centro de salud hospital situado en el centro urbano.

En todo caso, basados en esta experiencia, y llevados por el gran deseo de utilizar todo lo que la ciencia y la técnica moderna nos brindan consideramos que nuestro accionar, a más de plantear una verdadera política de salud para los sectores rurales que haga posible mantener un campesinado estable y libre de enfermedades endémicas y epidémicas producto de la desigualdad social y marginalidad, desarrollamos actividades comunitarias a través de la investigación participativa de la situación del campesino indígena y mestizo del sector en estudio.

Fundamentos del quehacer

Nuestra apreciación sobre la estructura socioeconómica y cultural por la que atraviesa el campesino ecuatoriano en un proceso de transición hacia la modernidad, esto por la consolidación de unos sectores y la descomposición de otros y sobre todo la confusión existente en las teorías, tesis e hipótesis sobre que tipo de lucha reivindicativa debe levantarse a este nivel, esto es la definición de la lucha de las nacionalidades oprimidas, la lucha étnica o lucha de clases, las mismas que requieren la profundización más consecuente para no incurrir en errores metodológicos de acción en la población.

La consolidación de unos sectores pequeños propietarios de tierras mediante la penetración “democrática” de capitales en forma de préstamos representa privilegiar un estrato que aumenta su capacidad económica y lo separa del resto del conglomerado, puesto que sus aspiraciones son diferentes a las de las mayorías desposeídas, se aumenta la depauperación y en consecuencia la migración campo-ciudad se presenta en forma desordenada.

Esta dinámica campesina permanecerá por un tiempo más. A esto se suma la fuerte presión ideológica que paralelamente a la penetración de capital trata de integrarlos al sistema mediante programas multidisciplinarios, encontrándose en cada una de las manifestaciones de

los sectores campesinos, formas llamadas por los antropólogos de adaptación-resistencia.

Circunscribiendo el análisis a nuestro indigenado, se pueden reconocer formas étnico-culturales de sincretismo y convivencia tanto en el ámbito ideológico, esto es adaptaciones religiosas, costumbres, técnicas, etc. como a nivel político; las formas de poder que se ejercen en las comunas, así también formas de someterse y ejercer justicia al interior de su organización; y, a nivel económico formas peculiares de producción, distribución y consumo ancestral comunitario.

Creemos que cualquier acción en el seno de la comunidad indígena debe plantearse el encontrar en la cultura propia los valores más fuertes que permitan fortalecer la búsqueda de la identidad nacional. En este contexto se debe desentrañar de la conciencia étnico cultural la naturaleza del sector social explotado a través de trabajos de investigación-acción multifocales, que abarquen toda la dinámica en la que se desarrolla la vida misma del indígena.

El Estado nacional en las últimas temporadas ha ido dando coherencia a su política modernizante para el agro, su demostración más evidente es el apoyo total de los sectores modernos de la población pudiente mediante la ley de fomento y desarrollo agropecuario, pero; debe señalarse la existencia de contradicciones en la aplicación de la misma.

Debemos señalar categóricamente que la política estatal por más perfecta que pueda presentarse, lo único que irá permitiendo es la agudización de la problemática campesina, ya que encuentra a su paso una serie de conflictos muy difíciles de superarlos, verdaderos vacíos que son precisamente en los cuales se debe incidir para demostrar el error histórico y obrar en beneficio de crear condiciones para recuperar su identidad. Sobre el problema del campesino indígena, se ha propuesto una serie de acciones, de las cuales tienen vigencia aquellas que se relacionan con la problemática existente y que se constituyen en situaciones críticas, desde los cuales pueden crearse acciones concretas en el interior de las comunidades. Al respecto planteamos llevar a efecto tres programas fundamentales:

- a. De la producción comunitaria
- b. De la educación; y,
- c. De la salud

Principalizar el proceso productivo representa iniciar por entender la vida del indígena y el campesino ligados al entorno de la producción de bienes materiales tanto para la propia subsistencia como del intercambio y comercialización, en calidad de eje fundamental alrededor del cual gira el nivel de vida, puesto que de este depende el ingreso familiar y comunitario, se constituye por tanto en el soporte económico de la sociedad.

El proceso educativo es complementario desde el punto de vista de la capacitación impartido desde el Estado y como elemento que ayuda a consolidar las disciplinas productivas y de salud, por ello es importante apoyar los programas de educación bilingüe como manifestación del sentir comunitario, sin embargo, estos deben entenderse como parte sustancial de su propia identidad cultural.

El aspecto sanitario como está concebido en este estudio se dirige a coadyuvar las manifestaciones democráticas de las prestaciones existentes, pretendiendo facilitar la convergencia entre el saber médico comunitario con las acciones del Estado en todas sus versiones. Por tanto, estamos obligados a compartir actividades en forma coyuntural, apoyando los programas que demuestren compromiso con la preservación de la salud de las mayorías marginadas, como son los programas de medicina preventiva y fomento de la salud, saneamiento ambiental, inmunizaciones, alimentación complementaria, de medicamento genéricos con el aporte de la botánica médica tradicional, etc.

Apoyar las acciones del IESS en su afán de ampliar la cobertura a la familia del afiliado, fortalecer y ampliar la cobertura del seguro social campesino, entendiendo a este como un sistema abierto a las medicinas tradicionales e integrando a las prácticas comunitarias, fundamentalmente en las poblaciones indígenas.

Estas acciones conjuntas deberán tener un correlato final que se materialice en un esfuerzo compartido como instancia de confluencia entre los programas oficiales a través de las instituciones y la comunidad como sujeto social participativo.

Acciones a emprenderse

Contexto étnico sanitario

La salud de los indígenas en su condición de culturas ancestrales es el producto de concepciones de carácter mágico, mítico, religioso, estableciéndose variantes hacia el sincretismo con la medicina occidental, oficial. Lo fundamental radica en que este saber médico es una forma de autodeterminación en tanto grupos étnicos, a pesar de la existencia de roles diferenciales para los agentes de salud “los sanadores”, los que alcanzan un status de privilegio y de especialización del saber, en este sentido, requiere un detenido estudio el poder que ejerce el brujo o Jambi-Yachag sobre la vida de la comunidad y de que manera este representa el saber etnocultural del conglomerado comunitario y su rol de mediador con el mundo cósmico.

Otro aspecto que debe señalarse es la forma como es aceptada la práctica médica tradicional sobre todo aquella que se refiere a lo sobrenatural, utilizando el mito, la magia y la religión. Sin embargo debe recordarse que el uso de la magia en las sociedades primitivas indígenas no guarda solamente determinismo por la enfermedad, al contrario como estructura del sistema de creencias religiosas, impregna casi todos los aspectos de la vida de la aldea: el amor, los problemas económicos, los cultivos, el tiempo, la belleza, etc.. Pueden ser agraciados o frustrados por la magia. En consecuencia las funciones mágicas ayudan a los indígenas a controlar su medio ambiente. Como parte de dicho ambiente poseen un conocimiento empírico basado en la observación y dictado por lo tradicional, sin embargo la otra parte del medio ambiente es desconocida o inconocible compuesto de misterios o de acontecimientos impredecibles, es exactamente en este sitio donde actúa la magia.

De esta manera la magia sirve para aliviar las ansiedades producidas por lo desconocido, de la misma forma como las enfermedades son producidas por efectos mágicos, su terapia tiene que ser mágica, tal es el caso de romper el encantamiento para obtener una curación en el caso de que un individuo haya sufrido un hechizo.

De lo anterior puede explicarse que las terapias mágico-religiosas tradicionales tienen una importancia sin igual, son conocidas por nosotros el tipo de **terapias totales** inferidas a comunidades enteras, las mismas que levantan el ánimo sobre todo en los casos de enfermeda-

des psicósomáticas y sociales, como la tristeza, la desadaptación al medio, la desintegración de la familia, etc. Por otro lado el alto conocimiento que poseen de las plantas medicinales en diferente preparación, los ubica en un plano de real sabiduría, digna de ser estudiada en profundidad.

Delimitación del área geográfica

Para desarrollar el trabajo planteado se ha escogido esta zona del altiplano, las comunidades indígenas del cantón Cotacachi en la provincia de Imbabura con una población de 25.000 habitantes, 98% de indígenas, distribuidos en comunidades, su principal forma de organización es el “cabildo” sus formas productivas son la agricultura y especialmente la ganadería menor, especialmente ovejas y chanchos, la estructura de tenencia de la tierra es el minifundio el mismo que es explotado en todas su formas para la subsistencia.

En las áreas universo de nuestro trabajo se puede establecer algunas relaciones sectoriales entre indígenas y huasipungueros, entre huasipungueros y terratenientes, entre huasipungueros y arrimados o Yanapero.

El emprender un trabajo de salud comunitaria en estas áreas se justifica, puesto que se trata de comunidades donde se manifiesta en forma evidente un proceso de transición del campesino en su camino de adaptación a la modernidad, permitiéndonos un estudio multifocal ya explicado, y concretamente en el campo de la salud se trata de zonas en conflicto con altos índices de las enfermedades llamadas sociales como la tuberculosis, infectocontagiosas, desnutrición, diarrea aguda, alto índice de mortalidad infantil, etc.. Por la existencia de disciplinas de salud tradicionales, posibles de ser estudiadas en todo su contexto: etnomedicina, etnofarmacología, etnopsiquiatría, medicina tradicional comunitaria, etc..

Objetivos generales

1. Desarrollar un trabajo práctico de los elementos culturales del indigenado y el campesino en el campo de la salud, conociendo las

prácticas médicas comunitarias como forma de solidaridad, la cohesión social, terapias totales frente a los desórdenes individuales y colectivos.

2. Integrar la salud con los poderes étnicos culturales que permitan su proyección social.
3. Determinar los perfiles epidemiológicos del campesino indígena de la sierra norandina relacionado con las condiciones de depresión económica.

Objetivos específicos

1. Evaluar los niveles óptimos del conocimiento de la medicina tradicional.
2. Establecer formas organizativas de los agentes de salud comunitario.
3. Profundizar en el estudio de las terapias comunitarias.
4. Estudio científico técnico de la fitoterapia, etnofarmacología etnomedicina, etnopsiquiatría.
5. Aplicación de la historia socio sanitaria de la familia campesina.
6. Determinar la existencia de un saber shamánico, mágico-mítico religioso.
7. Desarrollar el modelo propuesto por la comunidad, mediante reciclaje colectivo del saber, utilizando sus redes orales de comunicación y métodos comunitarios participativos.
8. Lograr el intercalamiento y relación armónica con los programas operativos locales del estado, ya sea del IESS, MSP y otras instituciones públicas y privadas.

Definición de hipótesis

La recuperación y proyección histórica de las medicinas tradicionales permitirán una reacción de resistencia a la medicina oficial, competirán con ella o facilitarán su integración?.

Las terapias comunitarias (totales) determinan acciones solidarias y participativas de la población comunitaria en forma individual y colectiva.

La aplicación de la historia de salud en la familia campesina nos ubicará frente a la dinámica interna de la familia indígena y su vinculación en torno de los nuevos modelos de desarrollo.

Plan operativo

- Revisión y estudio de documentos que eleven el nivel teórico operacional del programa.
- Recopilación de todos los estudios sobre la historia del área.
- Revisión bibliográfica de estudios relacionados con medicina para lograr intercambio de experiencias.
- Visita a centros e instituciones que realicen investigaciones similares para lograr intercambio de experiencias.
- Trabajo conjunto con agentes naturales de salud, seguimiento de casos.
- Aplicación de la historia de salud de la familia campesina, esta será producto de discusión dentro de las comunidades blanco.
- Participación en las terapias rituales mágico religiosos, los mismos que deberán ser codificados para facilitar la sistematización y recuperación de sus contenidos.
- Organización de los agentes de salud en torno a sus aspiraciones concretas y alcanzar su reconocimiento oficial.

- Recuperar y profundizar en el reconocimiento de las plantas medicinales y sus principios activos en convenio con laboratorios especializados.
- Realizar cruzadas intercomunitarias para lograr intercambio y criterios de evaluación en el seno de las comunidades (Cangahua, Cotacachi; y otras áreas).
- Programación de seminarios sobre los trabajos de salud tanto en el ámbito interno (CAAP) como interinstitucional.
- Evaluaciones trimestrales dentro y fuera del área.
- Evaluación final.

NOTA.- Tomando en consideración la escasa cobertura en las acciones de salud de las comunidades blanco y sobre todo por la existencia de un alto índice de tuberculosis y otras enfermedades transmisibles, se cree necesario la formación de una Estación de Salud la misma que proporcionará una cobertura en tanto atención preventiva y curativa a través de:

- Tratamiento y control de tuberculosis
- Campaña de inmunizaciones, (cooperación con el MSP)
- Atención primaria de salud

En este programa se demandará la participación estatal a través de recursos como vacunas, fármacos, antibióticos, etc..

Metodología

Para obtener un mejor nivel de información e intercomunicación es indispensable establecer un flujo de conocimientos en doble dirección, en base fundamentalmente de la transmisión oral de costumbres, creencias, comportamientos, leyendas, eventos, etc. las técnicas utilizadas serán:

1. Recolección documental y de archivos

1.1. Información cualitativa

- Etnográfica
- Etnomédica
- Botánica
- Saber médico tradicional
- Saber shamánico

1.2. Información estadística cuantitativa

- Registro de mortalidad (10 primeras causas)
- Registro de morbilidad (10 primeras causas)
- Morbimortalidad materno infantil
- Cobertura de inmunizaciones
- Registro de infraestructura sanitaria
- Registro de establecimiento de salud

2. Trabajo de campo

- Encuestas individuales
- Cartas de aplicación en comunidad (Médicos Rurales)
- Observación participativa
- Seminarios talleres
- Capacitación mutua
- Evaluación longitudinal y transversal

La comunidad participó en la planificación de las actividades, ejecución y evaluación mediante el fortalecimiento de las relaciones entre el equipo de trabajo con los núcleos familiares y las comunidades, dando cumplimiento a la estrategia de investigación-acción participativa.

Cronograma

Duración del programa: 2 años.

En los primeros cinco meses se aspira cubrir lo siguiente:

- Reconocimiento demográfico del área
- Mapeo y sectorización de las comunidades

- Organización de los agentes de salud
- Discusión de la historia de la familia campesina en el área (comunidades).
- Elaboración de códigos para obtener la información en los rituales y terapias
- Aplicación de las cédulas de trabajo.
- Evaluación semestral.

Conclusiones y perspectiva

El desarrollo de un trabajo histórico-social de la salud de este tipo tiene algunas consecuencias prácticas. Nos proporciona un mejor conocimiento de nuestro propio método de asistencia de salud y prácticas médicas y nos aportó ideas acerca de la aplicación de los instrumentos encuestales en la comunidad campesina, indígena. Por estas razones este trabajo se preocupó de las actitudes y creencias de los distintos sectores respecto a las causas de enfermedad y dolencia; y, de las medidas terapéuticas y preventivas tomadas en forma individual o grupal.

Antes de demostrar cuantitativamente lo que se obtuvo luego de recuperar la información a través de cédulas aplicadas en las comunidades indígenas en el estudio, al concluir la primera fase que comprende una ubicación de las comunidades, en tanto su situación socioeconómica y de salud, y el tipo de medicina predominante en las comunidades estudiadas.

Con la aplicación de este tipo de encuesta se ha obtenido los resultados previstos; es decir, las hipótesis previas, se han demostrado, se ratifican ya que los indicadores convencionales reflejan fielmente lo que sucede en las comunidades en estudio.

Alto índice de analfabetismo con un 60%, desprotección de atención estatal de salud 40%, no existen medidas de saneamiento ambiental oficiales, alto índice de mortalidad infantil, 20%, no registrada en el ámbito institucional, alto índice de patología perinatal y sobre todo se puede demostrar la existencia de super explotación en el trabajo diario de los miembros de la familia campesina, se ha reportado en su mayo-

ría jornadas de trabajo de más de 10 horas diarias, estos indicadores que no son obtenidos por los organismos del estado, son propios de nuestra sociedad en la que existen niveles marcados de discriminación racial.

En primer término, los sistemas de información y registro en el área de la salud son deficientes. En el caso de la morbilidad los registros son prácticamente inexistentes; no hay encuestas nacionales de salud y solo se cuenta con incompletos boletines epidemiológicos que ni siquiera reúnen todos los casos existentes de enfermedades de notificación obligatoria.

Por otro lado los indicadores oficiales no demuestran ninguna relación entre morbilidad, mortalidad, esto demuestra una falta total de conocimiento de la naturaleza de los sectores hacia los cuales se dirige una encuesta o una investigación, no se toman en cuenta los valores étnico-culturales de los conglomerados humanos y se procede a nivel rural de la misma forma que se hace en las urbes, teniendo consecuentemente verdaderas barreras culturales infranqueables que solo podrían ser superadas con un estudio socioantropológico de la realidad del campesino en este caso de los Andes Ecuatorianos; en lo que se refiere al estudio de las formas culturales de ejercer la disciplina de salud por parte de los grupos étnicos en mención, podríamos iniciar nuestro comentario con un enunciado de Erwin D. Ackernecht que data del año 1946 que dice: “La medicina primitiva es fundamentalmente mágica - religiosa y utiliza a unos pocos elementos racionales mientras que nuestra medicina (científica) es predominante, racional y específica y emplea unos pocos elementos mágicos”.

Los hallazgos específicos del presente estudio nos circunscriben a los siguientes argumentos:

1. La calidad de vida y el nivel de salud de las comunidades bajo estudio muestran una situación de grave deterioro, común a la mayoría de las poblaciones rurales del área Andina, resultante de las estrechas relaciones entre las malas condiciones del medio ambiente con las actividades humanas, económicas y sociales tradicionales marginadas de la sociedad nacional.
2. La composición étnica, la estructura poblacional, las condiciones del medio ambiente, son similares entre las áreas de estudio. Las mismas tienen fácil acceso a una basta red de recursos del sistema

comunitario: curanderos, brujos, parteras y otros. Sin embargo, las poblaciones se diferencian en los distintos niveles de acceso a servicios médicos, las comunas de Cotacachi cuentan con servicios locales y buen acceso a la red de servicios hospitalarios, mientras que las comunas de páramo tienen un acceso limitado y remoto a los servicios médicos del área.

3. Los niveles de salud, medidos a través de los indicadores de mortalidad, registran una situación similar o peor en aquellos poblados con servicios locales y mejor acceso a servicios hospitalarios, por lo que podemos afirmar que:
4. La encuesta de morbilidad pone de manifiesto la alta frecuencia de enfermedad, reportada por mujeres y niños en las áreas de estudio.
5. En cuanto al tipo de morbilidad reportada se observa entre las mujeres un franco predominio de las enfermedades sobrenaturales y los síntomas no clasificables.

En el grupo infantil, la categoría de “enfermedades infecciosas y parasitarias” ocupa la primera magnitud, seguida de las “mal definidas” y “respiratorias”.

6. Los niveles de mortalidad general e infantil, y de 1 a 4 años son de gran magnitud en las áreas de estudio y es mayor aún en las poblaciones con servicios médicos locales.
7. Medicina tradicional es una respuesta histórica a las necesidades de salud sentidas por la comunidad y resume un conjunto de experiencias que, desde un nivel empírico llega a niveles de abstracción, desarrollo y organización de los conocimientos, de acuerdo con la base ideológica y proceso socioeconómico de la comunidad.

Parte de una concepción de enfermedad, cuya interpretación responde a la visión del mundo circundante, expresándose en diferentes dimensiones desde una perspectiva holística.

El sistema comunitario de salud es un nivel de organización estructural y funcional, que dispone de recursos humanos y tecnológicos propios, que han sido legitimados por la comunidad. Responde a las necesidades de salud prestando servicios con una aproximación inte-

gral al problema del enfermo en base a una realidad cultural. Interpreta la causalidad de enfermedad, señala un pronóstico, y actúa mediante procedimientos especiales, hierbas y medicamentos para modificar el curso de la enfermedad. Es un sistema social abierto, de carácter participativo, con identidad propia, gran capacidad de adaptación y de poca dependencia exterior. Esto le permite desarrollar tecnologías apropiadas al proceso de salud y enfermedad de la comunidad, generando sus propios recursos preventivos y terapéuticos, articulando soluciones prácticas sobre la base de la utilización racional del medio ambiente y la revalorización permanente de la capacidad recuperativa del individuo y del grupo.

Es un sistema accesible, de costos bajos, regulados social y económicamente por la comunidad.¹

8. El sistema comunitario de salud se estructura en un espectro horizontal con un gradiente de recursos humanos y tecnológicos de distintos niveles de complejidad, articulado por el sistema de causalidad al que corresponden procedimientos, diagnósticos-preventivo-terapéutico. Hacia un extremo del espectro del sistema se sitúa el curandero, u otro agente y hacia el otro extremo la familia. Entre ambos extremos se sitúan recursos con distintos niveles de especialización, relación y participación. Estos son: los curanderos de mal aire, ojo y espanto, los curanderos hierbateros, los limpiadores, rezadores, los párrocos y síndicos, los boticarios, tenderos y vendedores ambulantes.
9. En general, los resultados del estudio y del comportamiento mostrado por la población con respecto a la enfermedad pone en evidencia la existencia de dos sistemas de salud.
10. La medicina tradicional está plenamente vigente y no se trata de un vestigio cultural* en vías de desaparición. Por el contrario, su tendencia histórica nos demuestra su capacidad de adaptación a la dinámica de los cambios introducidos por el proceso de modernización y su permanencia a pesar de la introducción vertical de la medicina oficial.

Esta tendencia de la medicina tradicional se sustenta en el poder real y el poder simbólico que le otorga la comunidad y que es la base de legitimación de los sistemas ancestrales de práctica sanitaria.

11. Este proceso paralelo de coexistencia o de convivencia de dos prácticas sanitarias que probablemente nacen en una matriz común, si consideramos por una parte la revalorización de códigos ancestrales de nuestra cultura tradicional y de otro lado, la proyección desde luego dotada de racionalidad y progreso tecnológico, pero cuyo origen se desprende de las culturas milenarias de oriente y occidente, cuya referencia es la ciencia anglosajona y árabe, en varios procesos de colonización, no dudaremos en ubicar realmente en su espacio el intercalamiento de un solo proceso, en beneficio del colectivo social por su integridad y mejoramiento del nivel de vida. Desde luego si así pensamos debemos despojarnos por un largo momento de la llamada apropiación de la salud por la práctica médica y hacer posible espacios de prácticas sanitarias en comunidad, impulsando hasta donde fuere posible la participación solidaria por la defensa de su salud y que ello implique en cierta forma un inicio de desmedicalización o desapropiación del discurso del dolor y la enfermedad transmutándolo por las acciones de producción, redistribución, participación, educación para generar costumbres saludables.

De acuerdo a ello podemos enunciar como elementos básicos a considerarse para la toma de decisiones en salud, hacia la comunidad Andina los siguientes:

Colectivizar la sumatoria de acciones individuales como la práctica sanitaria colectiva, esto conlleva la directa participación en la gestión de las instituciones del sector por parte de la comunidad sobre la base de su saber transmitido por generaciones continuas.

- Fomentar la capacitación colectiva permanente de la comunidad en la estrategia compartida de atención primaria de salud.
- Propiciar en forma progresiva el reencuentro del hombre consigo mismo y con la naturaleza, lo cual se logrará evitando los excesos

de racionalidad en los discursos y básicamente creando y potenciando la protección y defensa de la ecología y el medio ambiente.

Finalmente, si es un elemento positivo a la intencionalidad de aportar a la lucha por la salud, generar actividades solidarias de producción, redistribución, consumo y reciprocidad comunitarias, queda la satisfacción de contribuir a mejorar las condiciones de vida de nuestros conciudadanos que habitan en las zonas rurales del Ecuador.

Carta de aplicación en cada comunidad

NOMBRE COMPLETO
EDAD..... SEXO.....
COMPOSICION FAMILIAR.- Número de personas.....
QUE LUGAR OCUPA EN LA FAMILIA?.....
TRABAJO ACTUAL.....
INGRESO MENSUAL O DIARIOS.....

1) ASPECTO SALUD

1.1) Generales:

Se ha enfermado Ud. alguna vez?.....

Qué siente cuando está enfermo?.....

Qué es para usted la enfermedad?.....

Cuáles son las causas de las enfermedades?.

Contagio Mal del Diablo Bajo ingreso económico

Mal de Dios Mal de la naturaleza Otros

Dónde acudió o acude Ud. primero en busca de curación?

Médico Curandero Enfermera

Brujo Otros

Qué medicamento ha tomado por su cuenta?.....

Quién se lo indicó?.....

Qué efectos ha tenido en su cuerpo?.....

Sabe Ud. preparar algún remedio?.....Cómo lo hace?.....

Desde hace cuantos años el Gobierno está presente por intermedio del Centro o subcentros de Salud?.....

Desde entonces han aumentado o disminuido las enfermedades?.....

Le agrada el comportamiento del personal del Centro o Subcentro?.....

A pesar de existir médico en su comunidad, Ud. acude dónde el

Curandero.....

Qué enfermedad le ha curado y con qué medicamentos?.....

Cuántos curanderos o brujos existen en la comunidad?.....
Puede acompañarnos donde uno de ellos para participar de una
curación?.....

(PARA EL ENCUESTADOR)

Asistencia y participación de una curación o ritual curativo:
(Descripción detallada del acto).

.....
.....
.....

Juicio crítico sobre las terapias tradicionales:

.....
.....

(1.2) Nutrición y enfermedades infantiles

- Le dio el pecho (seno) a su hijo?.....

(En caso negativo) Por qué?.....

- Piensa que es importante que un niño sea amamantado?.....

- Cual cree Ud. debe ser la alimentación de una mujer que esta dando de
lactar?.....

- Cuáles alimentos son recomendables y cuáles no?

- A qué edad empezó a darle la mamadera a su hijo?.....

- Qué leche usa: De vaca, leche, avena, otros?.....

- En qué preparación.....

- Con la administración de la leche avena como está su hijo?.....

Aumentó de peso.....Igual que antes..... Disminuyó de peso.....

- Cómo lava Ud. la mamadera?.....

- A qué edad comenzó a darle carne y huevos?.....

- Cuántas veces por semana baña a su hijo?.....

- Ha vacunado a su hijo?.....Cuáles vacunas?.....

- Cree que son necesarias las vacunas?..... Por qué?.....

- Cómo se da cuenta que su niño está enfermo?.....

- De qué se enferma su niño con frecuencia?.....

- Qué enfermedades causan la muerte de los niños de su comunidad?
.....

2) ASPECTO PRODUCTIVO

- Actividades que realiza en la producción de bienes materiales:

Manufactura

Artesanías

Empleado Público Jornalero

Agricultura

Fábrica

Arrimado o Yanapero

No trabaja

- Número de horas de trabajo en el día o jornada.....
- Número de días que trabaja:.....
- Formas productivas que predominan en la Localidad.....
Haciendas Huasipungos Fábricas Otros
- Participación estatal de instituciones autónomas con programas de desarrollo rural integral:.....
- Evaluación crítica de la Comunidad.....

3) ASPECTO IDEOLOGICO

- Escolaridad.....Sabe leer y escribir?.....
- Dónde aprendió.....
- Último grado de la escuela o colegio.....
- Qué es la Patria?.....

RELIGION

Católico Evangélico Protestante Mormón Bahai Otras
Medios de información: Radio Televisión Prensa Escrita

- Agencias que en diferentes épocas han prestado servicios en la Comunidad:
- Formas de organización comunitarias predominantes.....
.....

ENCUESTADOR:..... COMUNIDAD.....

2. CURANDEROS, DIVINIDADES, SANTOS Y DOCTORES: ELEMENTOS PARA EL ANALISIS DE LOS SISTEMAS MEDICOS¹

Duncan Pedersen²

Resumen

Este trabajo ofrece algunos elementos como base para la discusión y análisis de los sistemas médicos y sus relaciones de interdependencia, con especial referencia a los países latinoamericanos y en particular aquellos de la región andina.

Los sistemas médicos son una representación social, por lo que deberían ser considerados como estructuras pluralistas en las que las prácticas médicas mantienen una relación competitiva o complementaria en el manejo de la enfermedad, en el contexto de una sociedad culturalmente diversa y socialmente estratificada. En la actualidad, en los países latinoamericanos, estos sistemas configuran un mosaico de modelos, resultante de las relaciones históricas entre las culturas médicas indoamericanas y las tradiciones médicas de otras latitudes. La impregnación entre el saber científico y el saber popular se traduce no solo en la incorporación (o a veces expropiación) de la “folk” por la medicina profesional o científica, sino también en la creciente “medicalización” de las prácticas terapéuticas populares y tradicionales. El modelo médico “popular” emergente, se nutre de estas dos vertientes profesional y “folk”, e integran en la práctica cotidiana el conjunto de creencias y materia médica, con elementos de la religiosidad popular y de divinidades prehispánicas. El grado de competencia, cooperación o “integración” entre sistemas médicos, está en su mayor parte determinada por la distribución asimétrica de los recursos y del poder médico en la sociedad y condicionado por el comportamiento de la población en el manejo de las enfermedades. Los sistemas pluralistas de atención representan un conjunto valioso de estrategias de sobrevivencia, que desbordan las propuestas de integración que parten del sector oficial. El conocimiento derivado de la medicina tradicional puede contribuir al desarrollo de nuevos modelos de práctica clínica y a la ampliación del modelo epidemiológico convencional.

1. Introducción

Si bien las enfermedades no comenzaron con el hombre, en cierto sentido estas son parte indisoluble de la vida misma. En todas las sociedades humanas y en todos los tiempos y lugares, las enfermedades han generado alguna forma de respuesta dirigida a interpretar, controlar, prevenir, tratar o reparar el daño, la lesión, la enfermedad o la muerte.

Las respuestas frente a la enfermedad o mejor frente a la noxa, agresión o trauma alternan entre aquellas de naturaleza adaptativa e individual, que ocurren en la misma intimidad tisular y que están determinadas por el código genético de la especie; hasta otras formas más o

menos complejas de respuesta deliberada frente a la enfermedad independientemente de su naturaleza, son esencialmente médicas y comprenden lo que denominamos *medicina* en este análisis.

Por otra parte, algunos autores distinguen aquellos aspectos estructurales u organizacionales de las instituciones y recursos relacionados con la medicina y con la salud, bajo la denominación de *sistemas médicos y sistemas de salud*, respectivamente. Si bien para algunos los sistemas de salud y los sistemas médicos son equivalentes, para los fines de este trabajo es necesario dejar establecido que ambos términos tienen significados diferentes.

Se entiende por *sistemas de salud* el conjunto de elementos o componentes del sistema social más amplio, relacionado con la salud y el bienestar físico, mental y social de la población. Propongo reservar la denominación de sistemas médicos al conjunto organizado de recursos humanos, tecnología y servicios específicamente destinados al desarrollo y práctica de una medicina para la atención de la salud individual o colectiva.

Desde una perspectiva restringida, los sistemas médicos comprenden una organización más o menos uniforme y estratificada de escuelas, hospitales, clínicas, consultorios, asociaciones profesionales y agencias de regulación y control, que forman personal, mantienen una infraestructura para la investigación biomédica y despliegan una red de servicios de distinta complejidad para la prevención, curación, cuidado y rehabilitación de los enfermos. Para el análisis de los sistemas médicos en este documento, prefiero adoptar una perspectiva más amplia e inclusive como ha sido propuesto por Leslie (1980) para tratar los sistemas médicos como estructuras pluralistas, en las que el conjunto de prácticas médicas mantienen una relación competitiva o complementaria en el manejo de la enfermedad.

Todos los sistemas médicos tienen un conjunto reconocible más o menos organizado de tecnologías (materia médica, drogas, hierbas o procedimientos tales como la adivinación, la cirugía o la acupuntura) y practicantes (médicos, enfermeras, dentistas, farmacéuticos, terapistas, brujos, curanderos, hueseros, herbolistas, parteras, etc.), integrados por un sustrato ideológico (conceptos, nociones e ideas) que forma parte indisoluble del repertorio cultural de la sociedad.

Como veremos a continuación bajo el título “Los sistemas médicos”, cada una de estas dimensiones: sustrato ideológico, practicantes y

tecnologías, son susceptibles de combinarse entre sí, en mayor o menor proporción, para constituir un abanico en el que se dan diferentes relaciones entre los sistemas médicos, y que van desde el antagonismo o rivalidad competitiva, pasando por la simple complementariedad o coexistencia, hasta las distintas formas estructuradas de integración selectiva entre sus componentes. En este análisis veremos que en el contexto de una sociedad socialmente estratificada y culturalmente diversa como la latinoamericana, las relaciones entre los sistemas médicos revelan una distribución asimétrica del poder en la sociedad; entre un sistema médico dominante o hegemónico (con una marcada tendencia a la institucionalización y burocratismo) y uno o más sistemas médicos subordinados.

Conviene destacar que los sistemas médicos, son en realidad un artefacto o una forma convencional de simplificar las relaciones más complejas que se dan en la dinámica del comportamiento social e individual frente a la enfermedad en el proceso de búsqueda de la salud. Esta concepción sistemática - tan frecuente entre los administradores de salud y los científicos sociales- representa la materialización de un artefacto creado por nuestra propia organización social y que solo existe en nuestro pensamiento occidental, por lo que no necesariamente tiene equivalencia o es aplicable como tal en otras sociedades y culturas (Hepburn, 1988).

Aunque se pueden reconocer las ventajas que representa el análisis de sistemas para el estudio descriptivo de las estructuras y organizaciones médicas, también se hace necesario señalar sus limitaciones para el abordaje de procesos dinámicos como los que ocurren en las transacciones e interacciones entre médicos, curanderos y pacientes. El enfoque de modelos explicativos que se presenta más adelante bajo el título "La dinámica de las relaciones entre los sistemas médicos", propone algunas hipótesis e instrumentos para facultar el análisis cualitativo de estos procesos dinámicos.

2. Los sistemas médicos

En diferentes regiones y países del mundo se vienen ensayando cambios deliberados en la legislación, en la política de salud y en la administración de los servicios, para modificar las relaciones entre los

distintos sistemas médicos en vigencia, bajo el común denominador de mejorar el nivel de salud y aumentar la accesibilidad a los servicios, lo que se ha traducido en un amplio y diversificado abanico de experiencias.

Hacia un extremo se encuentran aquellos casos en los que se limitaron las prácticas médicas del sector oficial exclusivamente a medicina “científica” como por ejemplo en Austria, Bélgica, Francia, la URSS, Cuba y otros países socialistas. En estos últimos, la provisión de atención médica fue asumida por el Estado, limitando la práctica de la medicina a profesionales debidamente acreditados, y el uso de biotecnología médica de diagnóstico y tratamiento a solo aquellos métodos oficialmente autorizados, lo que trajo aparejado la virtual desaparición de las prácticas médicas tradicionales “folk”, como sistema alternativo de atención.

Hacia el otro extremo se encuentran aquellos países en los que a la par de la medicina moderna se reconocen otras prácticas médicas por el sistema oficial. En varios países del sudeste asiático (India, Bangladesh, Pakistán, Sri Lanka, Burma), los sistemas médicos tradicionales basados en el Ayurveda y Unani, han logrado reconocimiento legal y el apoyo estatal; y aún otros como el caso de China, se han integrado efectivamente los distintos sistemas bajo un sistema médico único y estructurado, con la combinación de tecnologías alternativas de diagnóstico y tratamiento (acupuntura, acupresión, masaje, moxibustión, hierbas y drogas de patente) y la incorporación de los practicantes tradicionales en los servicios de atención.

Hacia el centro del abanico, se encuentra el conjunto más numeroso de países, en los que comprueba la coexistencia de distintos sistemas médicos dentro de un sistema pluralista y diversificado de atención. En la mayoría de los países latinoamericanos y en los países de la región andina (Colombia, Ecuador, Perú y Bolivia), los sistemas médicos son estructuras pluralistas y tradiciones médicas.

En lo que hoy constituye América Latina, las tradiciones médicas indoamericanas se conjugaron con otras medicinas traídas a lo largo de la conquista y expansión colonial europea, en un proceso de compleja hibridación, el saber médico (de extracción griega, ibérica y luego también africana) sumergido en el sincretismo religioso de divinidades prehispánicas y santos cristianos. Durante la independencia y con la aparición de las nuevas repúblicas en el continente, se fueron acen- tuando los procesos de hibridación de las tradiciones médicas, y la in-

roducción de nuevas formas de dependencia en lo económico, tuvieron su correlato en lo cultural y etnológico. Los paradigmas derivados de las ciencias naturales se conjugaron con las tradiciones y artesanías médicas locales, lo que dio lugar al nacimiento de la medicina moderna. Desde entonces la medicina que hoy llamamos indistintamente académica, moderna u oficial, occidental o formal, cosmopolita o científica, se fue imponiendo paralelamente a estos procesos transaccionales de las tradiciones médicas y a su vez fue incorporando en la construcción de su propio conocimiento, algunas nociones sobre la etiología y la patogenia de la medicina tradicional o “folk”, así como expropiando en su arsenal terapéutico el uso de plantas medicinales y varios de los principios activos extraídos de las taxonomías indoamericanas.

La historia de los pueblos latinoamericanos tiene muchos ejemplos que revelan el interés de los grupos de poder por abolir las ideas prácticas y materia médica indoamericanas. Mientras algunos países fueron tolerantes o indiferentes, en otros prevalecieron las posiciones radicales por las que la medicina tradicional y la “mentalidad” expresada por esta medicina, se consideró retrógrada o “empírica”, como se expresa todavía en los códigos sanitarios que regulan la práctica profesional de la medicina en muchos de estos países. Para esta clase de reformistas radicales, “... no hubo ‘medias tintas’ salvo la falta de recursos financieros para imponer el consumo masivo de tecnologías modernas en reemplazo de las prácticas médicas tradicionales (Bibeau, 1985).

En épocas más recientes - promovidos en algunos casos por un contexto “nacionalista” o alentados por corrientes indigenistas de rescate de la medicina tradicional, o en otros casos como una estrategia de bajo costo para la extensión de cobertura -, han aparecido algunos intentos de revalorización de las prácticas médicas tradicionales, en los que se ha favorecido la colaboración entre la medicina tradicional y resoluciones adoptadas por los gobierno a nivel de organismos internacionales como la OMS.

No obstante, en los países latinoamericanos hasta ahora ha prevalecido la ambigüedad en la adopción de políticas o estrategias nacionales explícitas en favor de la integración de un sistema médico descentralizado y pluralista de atención, con participación de curanderos, parteras y otros especialistas de la medicina tradicional, dentro del sistema oficial de atención médica. En consecuencia, las actividades en este campo se limitan por lo general a estudios descriptivos, o a la capa-

citación de personal, mientras que las experiencias de colaboración o “integración” entre los sistemas médicos se han dejado libradas a la iniciativa local, no gubernamental, o han sido desarrolladas como “proyectos para la vitrina” de institutos o centros de enseñanza e investigación del país y del extranjero.

Estas experiencias están dirigidas en algunos casos a simplemente rescatar el conocimiento sobre la medicina tradicional, mientras que en otros se ha intentado incorporar el uso de tecnologías modernas al sector tradicional, o bien se ha ensayado integrar parcialmente materia médica (por ej. uso de hierbas o plantas medicinales) o “intercalar” destrezas de los practicantes de la medicina tradicional en los programas de salud del sector oficial (por ej. parteras tradicionales).

En síntesis en el caso latinoamericano, a pesar de tener un contingente muy vasto de investigaciones en las que reportan la existencia de diversas creencias y prácticas médicas tradicionales, así como de múltiples ensayos de integración parcial o “intercalamiento” de la medicina tradicional con la medicina oficial, la mayor parte de estas experiencias han permanecido restringidas al plano local, con escasa repercusión nacional, y por lo general con resultados escasamente difundidos y casi nunca evaluados. Los sistemas nacionales de salud no han logrado hasta hoy incorporar o integrar de manera estructurada equitativa y duradera, a las prácticas, las tecnologías y los practicantes de la medicina tradicional, en los sistemas oficiales de servicios de salud. Ninguno, por otra parte, ha pedido sintetizar las ideologías y las creencias, y mucho menos “integrar” formalmente los paradigmas de la medicina tradicional y de la medicina oficial, bajo un sistema médico.

3. La dinámica de las relaciones entre los sistemas médicos

En las encuestas de morbilidad en las poblaciones, y de la experiencia acumulada por distintos investigadores (Akin, 1981; Belcher, 1976; Cunningham, 1970; Fabrega, 1977; Kleinman, 1980; Kroeger, 1982; Perderson, 1979; Young, 1980; Zola 1972). En diferentes países del Asia, Africa y América Latina, se ha puesto en evidencia la multiplicidad de usos terapéuticos y la recurrencia a distintas fuentes de tratamiento por la población. Casi todos estos autores señalan en una significativa mayoría (del 70 al 80%) de los episodios de enfermedad repor-

tados, se manejan por fuera de los sistemas de atención médica oficial, ya sea recurriendo a otros sistemas alternativos, como los que ofrece la medicina tradicional o bien a la automedicación o simplemente no tomando iniciativa ni acción deliberada alguna para modificar la evolución del episodio reportado. Aún más, del total de pacientes que inician un tratamiento médico aproximadamente la mitad interrumpen o abandonan el tratamiento antes de lo indicado por el profesional (Zola, 1980).

Estos resultados reportados por diversos estudios de comunidad o por encuestas de pequeña escala, se ven confirmados por las encuestas nacionales de salud. En efecto, en los últimos años, Costa Rica, Colombia, Brasil y más recientemente el Perú, han realizado encuestas nacionales que incluyen datos cuantitativos sobre morbilidad percibida y utilización de servicios de salud.

En 1984, se hizo la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud en el Perú (Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de Salud, 1986) sobre una muestra probabilística, estratificada y multietápica de 19.277 viviendas que comprendió una población de 95.321 personas en todo el territorio nacional. Los resultados oficiales de la encuesta señalan que del total de la población encuestada, unos 32.000 (35%) reportaron síntomas (de enfermedad y/o accidente) en los últimos 15 días previos a la encuesta. De este número, solamente unos 5.500 (17%) consultaron a un profesional de salud (médico, dentista, enfermera u obstetrix). Del resto, aparentemente unos 14.700 (46%) no reportaron haber consultado, ni haber tomado acción terapéutica alguna; 9.900 (31%) se autorecetaron; y aproximadamente el 6% restante consultaron un farmacéutico, un sanitario o un curandero (cifra esta última probablemente sub-reportada).

En otras palabras, del total de morbilidad reportada por la población peruana en un momento determinado, más del 80% no recurre a la atención profesional. Según los resultados de esta encuesta nacional, los episodios de enfermedad se manejan en su mayor parte a nivel del hogar o a través de la autoreceta.

Estos datos no confrontan con la necesidad de revisar las hipótesis sobre la existencia de los sistemas médicos como entidades alternativas y excluyentes, para aproximarnos a una visión más dinámica de la realidad, en la que se perciben estos sistemas en permanente intercambio e

interacción recíproca, proceso que viene ocurriendo desde los primeros contactos entre distintas tradiciones médicas hasta el presente.

Por otra parte y como se intenta demostrar más adelante la gente no necesariamente percibe estos sistemas como entidades discretas o autónomas, que interactúan en forma competitiva o complementaria guardando cierta distancia e independencia unos de otros.

Por su parte, los representantes de la medicina oficial, defienden el modelo biomédico como inmutable frente a los procesos sociales, y sí bien reconocen la existencia de otras prácticas médicas, con frecuencia las tratan peyorativamente como charlatanería o superstición, o como un vestigio histórico en vías de desaparición.

A su vez, los practicantes de la medicina tradicional tienen una visión distintiva sobre su propio sistema de atención, y actúan según los diferentes modelos interpretativos a su alcance (naturalista, herbolista, espiritualista, mágico o especializado), los que por lo general sobrevaloran o se estiman como casi infalibles aunque también conceden la superioridad de la medicina moderna u oficial para el tratamiento de ciertas enfermedades.

Las diferencias aquí señaladas en la percepción e interpretación sobre las enfermedades y los sistemas de atención, están determinadas por la posición social relativa de las personas en la sociedad global, y están fuertemente modeladas por su experiencia individual y por su sistema cultural. A continuación, vamos a abordar las relaciones entre los sistemas médicos no se perciben como elementos aislados y excluyentes, sino todo lo contrario, como entidades en una relación dinámica de permanente intercambio e interacción recíproca.

3.1. Los sistemas médicos como sistemas culturales: los modelos explicativos

Kleinman ha sido uno de los primeros en distinguir que los sistemas médicos deben ser definidos como sistemas culturales, y que por lo tanto resulta imposible entender los sistemas médicos, sin comprender el contexto cultural del que forman parte. Desde esta perspectiva, los sistemas médicos están sumergidos dentro de una realidad simbólica al interior de la cual se producen, se curan y se sanan las dolencias y las enfermedades.

Las principales funciones “clínicas” de los sistemas médicos comprenden: la construcción de la experiencia de enfermedad, el manejo cognoscitivo (la denominación, explicación, tipificación, clasificación, etc.) y el manejo terapéutico (Kleinman, 1973). Según este autor, entre los especialistas (médicos, curanderos, etc.) y la población, existen un conjunto de creencias médicas originales sobre las enfermedades y dolencias, las que pueden agruparse en tres distintos “modelos explicativos” profesional “folk” y popular, según sean los profesionales los practicantes de la medicina tradicional, o bien los pacientes o sus familiares los que interpretan o explican las enfermedades o dolencias. El modelo explicativo contiene creencias para uno, cualquiera o todos los siguientes aspectos: la etiología, el inicio de los síntomas, la fisiopatología, el curso o evolución y el tratamiento o manejo terapéutico (Kleinman, 1978).

Es importante dejar establecido que desde la perspectiva de Kleinman y otros autores afines con este enfoque, los modelos explicativos son manifestaciones individuales y por lo tanto variables entre las distintas personas que componen una comunidad, a la vez que se alteran o modifican con el tiempo, según las experiencias de enfermedad y los sucesivos encuentros clínicos con los modelos explicativos de los médicos profesionales o de los practicantes de la medicina tradicional (Young, 1985).

3.2. El modelo explicativo popular

En el caso latinoamericano, los modelos explicativos “folk” y profesional, si bien se nutren de tradiciones históricas diferentes, tienen importantes áreas de contacto y superposición entre sí. A su vez, en el sector popular se integra el conjunto de creencias sobre salud y enfermedad, con materia médica proveniente de los modelos “folk” y profesional, a lo que se suman elementos de la religiosidad popular y de divinidades prehispánicas, configurando el modelo explicativo popular.

Este modelo popular se encuentra a su vez estratificado socialmente según las diferencias de clase; las variaciones étnicas y culturales, y en muchos casos, por la condición migratoria del individuo y su familia, sometidos al proceso de aculturación impuesto por el contexto urbano-industrial de destino.

En el caso peruano, que en cierta forma tipifica lo ocurrido en muchos países latinoamericanos, el país se encuentra atravesando desde hace varias décadas, por una situación de profunda crisis económica y social acelerada en los últimos años por la deuda externa y paralela a un vertiginoso proceso migratorio campo-ciudad, con altos niveles de desocupación alternando con períodos de alta inflación con recesión. Como parte de este proceso, el Estado ha ampliado su participación en el manejo de la economía a través de la extensión del sistema tributario y la nacionalización de la banca, con el resultante incremento del aparato de control burocrático sobre la industria, la actividad comercial y el trabajo.

Sectores cada vez más amplios de la población, especialmente en el contexto urbano, ensayan distintas estrategias de sobrevivencia, en torno a lo cual se organizan dos grandes circuitos económicos: el sector formal, oficial y burocrático, y aunque legal, agobiado por una excesiva reglamentación; y el popular constataria, que registra un crecimiento colosal y que se ha dado a llamar sector “informal” de la economía el que opera al margen de las disposiciones y reglamentos del sector oficial, por lo general sobre una iniciativa individual y familiar de pequeña escala, y que ocupa todos los resquicios que dejan las actividades del sector oficial.

Esto conduce a una creciente incapacidad relativa y real de las instituciones del Estado y del denominado sector oficial para ejercer control sobre el aparato productivo y de servicios, por lo que a mediados de la década del ‘80 se produce un incontenible y masivo desborde de lo popular, con multitudes provincianas que inundan el espacio urbano de las ciudades y determinan profundas alteraciones en los estilos de vida nacional, configurando lo que se ha calificado “desborde popular” (Matos Mar. 1985). El estallido de aspiraciones y necesidades desborda totalmente el vetusto e insuficiente aparato estatal, por lo que la formalidad institucional de la escuela, del hospital y de la infraestructura urbana de servicios, se encuentra ampliamente superada por un conjunto turbulento e insólito de diversas formas contestatarias y reivindicativas.

Vemos así como resultado de las transacciones históricas así como de la situación actual de crisis, y “desborde popular” con un crecimiento desmesurado de la demanda insatisfecha, se produce e intensifica el fenómeno de impregnación e interpenetración entre el saber

científico y el saber popular, generando y ampliando el modelo explicativo popular sobre la salud y las enfermedades, el que está determinado y a su vez modificado en buena medida por este contexto. El modelo popular está en continuo proceso de producción, acumulación, intercambio y transformación del conocimiento médico, por lo que constituye no solo un patrimonio cultural sino también una estrategia vital para la supervivencia del grupo.

La interpretación o impregnación entre el saber científico y el saber popular ocurre en múltiples direcciones y genera cambios y transformaciones continuas al interior de los modelos explicativos. A continuación me voy a referir a dos situaciones resultantes o efectos fundamentales de estos procesos: la “popularización del modelo profesional; y la “medicalización” del modelo “folk” y popular.

i) La popularización del modelo profesional

Por una parte este fenómeno de impregnación se traduce en la incorporación y presencia de lo “folk” y de lo popular en el modelo explicativo profesional, por lo que en el modelo profesional actual se encuentran no solo vestigios, sino además otros elementos “folk” incorporados recientemente, particularmente a nivel de la etiopatogenia y terapéutica, en una suerte de “popularización” del modelo profesional.

Si bien el paradigma biomédico está al centro del modelo explicativo profesional, la incorporación de elementos “folk” o populares se opera como resultado de procesos sociales más amplios, paralelamente las transacciones y negociaciones que se dan en el encuentro clínico con pacientes y en el intercambio con otros profesionales. De esta manera en la práctica médica cotidiana, conviven sin contradicciones aparentes, la teoría de los gérmenes y las creencias sobre el efecto dañino de ciertos elementos (por ej. la leche, los alimentos o frutas verdes, como causas de diarrea en los niños), o bien se prescriben combinaciones terapéuticas de la medicina moderna con recetas de medicina popular. A decir verdad, la medicina moderna u oficial no solo ha incorporado o integrado conceptos y terapias de otros sistemas médicos, sino que ha ido mucho más allá, en muchos casos ha expropiado para su materia médica de las plantas de la taxonomía indoamericana.

La medicina profesional ha expropiado hasta el lenguaje de la gente, y su capacidad productiva en salud, relegando a la población el rol pasivo de simple consumidor de servicios y tecnologías médicas.

ii) La medicalización del modelo popular y “folk”

Por otra parte, dado que este proceso de impregnación es bidireccional, muchos de los conceptos, medicamentos y elementos materiales o simbólicos asociados con la medicina científica, occidental o moderna han penetrado y se encuentran en el modelo explicativo “folk” y en el modelo popular.

El sector popular integra continuamente recursos terapéuticos provenientes de la medicina profesional y de la medicina “folk”.

Por ejemplo, los atributos “frío” y “caliente” vigentes en la medicina humoral de casi toda América Latina, se utilizan en relación no solo con estados corporales, enfermedades, alimentos y hierbas medicinales, sino también con medicamentos de patente, como se demuestra en los estudios de casos hechos por Tedlock, en Guatemala. El sector popular, toma “prestado” información de los sectores profesional y “folk” para mezclar en el mismo plan de tratamiento, medicamentos de la farmacia con hierbas compradas en el mercado, cultivadas en el patio o traídas de las montañas.

Mientras las hierbas medicinales son utilizadas solas, sin medicamentos de patente, rara vez los medicamentos son utilizados sin hierbas, de tal manera que el medicamento moderno, lejos de reemplazar a las plantas medicinales, ha sido incorporado o agregado al tratamiento (Tedlock, 1987).

Las clases medias del sector urbano moderno de América Latina, están hoy más informadas de los aspectos “científicos” de la medicina, por lo que demanda más explicaciones biomédicas para la construcción de su propio modelo explicativo, y recurren más a la autoreceta. Las clases populares si bien todavía recurren con frecuencia a la medicina “folk”, a su vez son blanco de campañas publicitarias para aumentar el consumo de medicamentos de venta “libre”. Diversos estudios reportan un aumento explosivo de la automedicación y consumo de productos farmacéuticos como antibióticos u otros medicamentos de ven-

ta bajo receta, solos o en combinación con hierbas y otros productos de uso popular con atributos medicinales.

En un sondeo relativamente reciente, efectuado en una muestra al azar en tres estratos sociales (alto, medio y bajo) de la clientela de los servicios de Lima Metropolitana (Núñez Muñoz, 1984) se pudo comprobar que:

- a. Entre el 62% y el 85% de los casos atendidos ya habían utilizado algún otro tipo de recurso terapéutico antes de la consulta médica. Aunque fue alto en los tres grupos encuestados, la mayor proporción fue reportada por el estrato bajo de trabajadores asalariados, vendedores ambulantes y desocupados.
- b. Entre el 51% y 64% de los casos atendidos ya habían utilizado alguna droga o medicamento de patente solo o combinado, antes de presentarse a la consulta médica, siendo mayor la autoreceta en el estrato medio y alto. El boticario fue determinante del mayor uso de medicamentos en el sector popular.
- c. El tratamiento tradicional o “folk” (solo o combinado) fue reportado como el menos frecuentemente utilizado: el 3% entre profesionales dueños de empresas o gerentes, el 11% entre sector de comerciantes, empleados y obreros; siendo varias veces mayor (35%) entre vendedores ambulantes, asalariados y desocupados, respectivamente.

El encuentro entre el modelo profesional y el modelo “folk” no solo se produce en el espacio urbano, sino también se verifica en el contacto que mantienen los habitantes de localidades rurales remotas, con los comerciantes, los misioneros o los servicios itinerantes de salud. Mientras de una parte, estas poblaciones mantienen una orientación congnotiva predominantemente “folk” sobre las enfermedades, por otro lado utilizan los nuevos recursos terapéuticos, como los medicamentos antibacterianos o las vitaminas introducidas por el sistema médico oficial, sin contradicciones aparentes con su cosmovisión, determinante para el mantenimiento de su identidad cultural. Estos grupos han adaptado a su propia idiosincracia y a su propio modelo explicativo, las indicaciones y el uso de medicamentos modernos, adjudicándos-

los efectos mágicos o sobrenaturales, y contraindicando su uso por la ingesta previa de ciertos alimentos, o pérdida de la potencia medicamentosa por transgresión de tabúes (Raffa y Warren, 1985).

Otro sector en el que se verifica una medicalización del modelo popular esta entre los denominados “cultos curativos” que surgieron en América Latina en épocas relativamente recientes y que han registrado un importante crecimiento en estos últimos años, estimulados por la insuficiencia del aparato estatal en satisfacer las crecientes demandas sociales. Estos cultos representan una síntesis mágico-religiosa en la que se encuentran elementos de las religiones afro-americanas y del catolicismo popular, a la par de creencias derivadas del espiritismo de Allan Kardec, introducido en América del Sur hacia fines del siglo XIX. Los cultos curativos operan por lo general en santuarios o centros cultistas, a través de la invocación que toman posesión de un sanador-medium para aconsejar sobre un problema, para efectuar una operación quirúrgica o extirpación mágica, o para sanar una dolencia o enfermedad. El vudú haitiano y la vigencia de otros cultos en el Caribe, son algunas manifestaciones de este fenómeno.

Los cultos de Umbanda en Brasil, el culto del Dr. Adolph Fritz reportado en el nordeste y otras ciudades brasileras; el culto de María Lionza o las Siete Potencias Africanas en Venezuela (Polliak-Eltz, 1987); y los cultos del Dr. José Gregorio Hernández (Hno. Gregorio) del Dr. Moreno Cañas reportado en Costa Rica y otros países centroamericanos (Low, 1988), representan algunos de los cultos curativos de poderoso contenido simbólico y de creciente popularidad y utilización entre gente de distintos sectores sociales (aunque en su mayoría de extracción popular), en relación al diagnóstico y curación de ciertas enfermedades, malestares y dolencias.

La medicalización de los cultos curativos, se manifiesta en la importancia y uso que hacen de la figura del médico y sus prácticas o procedimientos. Según Low, las biografías atribuidas a los doctores Hernández y Moreno Cañas, los muestran como figuras míticas de médicos cirujanos especializados en Europa, reformadores de las prácticas médicas en sus respectivos países y se aprecian ante sus devotos sobriamente vestidos con ropas y maletín de médico, acompañados por una enfermera o asistente. En estos cultos curativos se recombinan elementos simbólicos de la imagen del “médico-héroe”, a la par de la imagen política del reformista social y la imagen divina del santo popular, ofre-

ciendo a la población de baja condición socio-económica la oportunidad de un contacto más directo (y además gratuito) con lo divino y con lo médico. La pericia del médico, la indumentaria y los demás atributos de competencia médica y tecnológica de los iconos representan el prestigio y el poder que las clases populares atribuyen a la medicina moderna (Low 1988). En el caso de Venezuela y los países andinos (Colombia, Ecuador, Bolivia y Perú) predomina el contenido de religiosidad popular en los cultos curativos y probablemente ocurra algo similar en el modelo explicativo popular sobre la curación en el que se perciben elementos sincréticos de religiosidad popular derivados del catolicismo y del panteón andino, con coexistencia con iconos y símbolos de la medicina moderna. En el caso peruano, existen varias manifestaciones de curación asociadas a cultos de la religión católica, como se comprueban durante las peregrinaciones a los santuarios y ferias religiosas que congregan varios miles de fieles, como la procesión del Señor de los Milagros (Lima), el Señor de Luren (Ica); la Cruz del Chalpón (Motupe) y el Señor Cautivo de Ayabaca (Piura), así como la veneración en “cultos domésticos” de imágenes de santos, como es San Cipriano (Santo de los brujos y curanderos), San Martín de Porras, y los cultos a la Melchorita, a la Beatita de Humay y al Padre Urraca (citado por Frisancho, 1986).

Por último, sería importante reconocer en que medida el modelo explicativo popular y algunas de las manifestaciones de religiosidad popular tales como los cultos curativos y domésticos están a su vez compitiendo con otros complejos curativos de la medicina “folk”.

Los principales complejos curativos peruanos, centrado en el uso de plantas psicodélicas, han sido descritas desde comienzos de siglo (Spruce, 1908; Valdizán y Maldonado, 1922), y estudiados con mayor frecuencia a lo largo de las últimas tres décadas por distintos investigadores Chiappe y colabores reportan el uso extendido del cactus “San Pedro” (*Trichocereus Panachoi*) en la costa norte del “Ayahuasca” (*Banisteriopsis Caapi*) y el “Toé” (*Datura Sp.*) en la región selvática de la amazonía y de la “Wilca” (*Anadenanthera Colubrina*, var *cebil*) y en la sierra (Chiappe et al, 1985). Según estos autores, las ceremonias curativas que se organizan en torno a la toma de preparados con sustancias psicodélicas, si bien conservan su orientación cognoscitiva tradicional o “folk”, han incorporado muchos elementos religiosos de tradiciones europeas y africanas “imaginería, oraciones, formas de ayuno, uso de

alcohol y tabaco, fetiches y agua de colonia utilizados en la “mesa”, etc.), y aun otros aportes más recientes de experiencias extáticas y curativas de procedencia asiática. Sin embargo ninguno de estos denominados complejos curativos tienen una adscripción institucional, por lo que no se reportan cultos, iglesias, ni fraternidades, que permitan presumir asociaciones formales con alguna denominación religiosa.

4. Nuevas Hipótesis Frente al Nuevo Contexto: lo malo, lo feo y lo bueno

4.1. Lo Malo (lo que tenemos que superar y lo que no sabemos)

A pesar de los estudios etno-botánicos y farmacológicos sobre plantas medicinales, en la mayoría de los países del Tercer Mundo, la flora permanece virtualmente inexplorada (Akerle, 1987), la inclusión de plantas o extractos medicinales “naturales” en la farmacopea nacional es prácticamente nula, y más bien se ha ido ampliando la lista de medicamentos registrados a expensas de la utilización de una mayor proporción de divisas destinadas al pago de la importación de drogas, medicamentos y patentes. Por otra parte, no solo conocemos poco de nuestras plantas medicinales, sino que todavía entendemos mal los procesos de curación. Si bien existen algunas hipótesis que permiten explicar el funcionamiento de algunas sustancias terapéuticas, a nivel celular y de sistemas bioquímicos del organismo humano, es todavía limitado nuestro conocimiento sobre la curación de las enfermedades y el hecho de “sanar” o de sentirse “sano”, guarda todavía muchas incógnitas por ser develadas.

En cuanto a los practicantes de la medicina tradicional o “folk”, si bien mantiene su reputación y tiene buena aceptabilidad entre la población, su accesibilidad real parece haber disminuido por un cambio en la proporción de curanderos por habitante. Por un lado habría una reducción absoluta en el número total de curanderos y otros “especialistas” (lo que ya fuera postulado por Foster en 1977), porque su producción actual no cubre la mortalidad del grupo; y por otro lado el crecimiento poblacional y la sostenida migración campo-ciudad, estarían modificando negativamente esta relación, y por lo tanto limitando el acceso de la población, especialmente en las áreas urbanas. Si bien la

mayor parte de los “grandes” curanderos regionales, o sea aquellos que tiene una influencia regional sobre su clientela, se mantienen en las ciudades o zonas de mayor concentración o afluencia poblacional; aquellos curanderos locales, que trabajan a “medio tiempo” o que por su condición de especialistas solo atienden según la demanda, parecerían haber disminuido, o bien tener una menor “visibilidad”, aunque no tengo datos fidedignos para confirmarlo. De nuestra experiencia de campo en el área andina, los curanderos con los que hemos trabajado tenían mucha clientela, varios ayudantes u “oficiales”, pero muy pocos o ningún aprendiz. Si bien todos los curanderos reconocían haber tenido varios maestros y un principal “iniciador” (usualmente con vínculos de consanguinidad), pocos o ninguno reconocían tener discípulos ni haber “iniciado” curanderos entre sus descendientes más jóvenes, ni entre sus “compadres”.

En realidad, para explicarse esta situación, cabría formularse otra hipótesis, por la que en la actualidad, se estaría transformando la estructura de los sistemas médicos tradicionales, con la emergencia del modelo popular y la aparición de un conjunto de otros elementos desprendidos del proceso de modernización y mercantilización de las prácticas médicas (tales como los vendedores ambulantes, los boticarios o bodegueros revendedores de medicamentos, los naturistas, etc.) a la par del renacimiento y extensión de los “cultos curativos”, y de una progresiva e inexorable medicalización de la medicina tradicional o “folk”.

En el contexto del uso de curanderos tradicionales en la estrategia de atención primaria de salud, Foster señala con razón, que se debe evitar la sobre simplificación de asumir que sólo existen dos tipos de recursos: los tradicionales y los modernos. Es muy posible que en el contexto actual, los curanderos “neotradicionales” (espiritualistas, naturalistas, “injection-doctors”, y otros terapeutas que usan medicamentos modernos), presten colectivamente más atención médica, que los curanderos tradicionales en el sentido estricto (Foster, 1984).

Si este es el contexto actual con respecto a los practicantes de la medicina tradicional, en el sector oficial ocurre al parecer, todo lo contrario. Según las cifras oficiales provistas por los países, el número estimado de médicos en América Latina, alcanza en la actualidad a unos 400.000 profesionales, con razones variables de médico por habitante entre los distintos países (desde 7 por 10.000 para el número de escuelas y facultades dedicadas a la enseñanza de la medicina en los países la-

tinoamericanos aumentó considerablemente alcanzando a 250 escuelas de medicina oficialmente registradas. Si bien no se estima que el crecimiento de la oferta de los profesionales médicos es varias veces mayor que el crecimiento de la oferta de los profesionales médicos es varias veces mayor que el crecimiento poblacional. En efecto, en términos porcentuales para algunos países se registra un crecimiento del número de médicos del 10 al 14% anual (Colombia, Brasil, Cuba), lo que representa tres o más veces el crecimiento poblacional reportado para el mismo período (Brito, 1986).

Por otra parte las propuestas de “integración” de sistemas médicos se han lanzado desde una plataforma muy precaria, y parten de premisas no comprobadas, por información a menudo contradictorias sobre la eficacia de los distintos servicios médicos, o por la simple falta de información. En la mayoría de los países, las propuestas de integración provienen de los sectores dominantes de la medicina oficial, sin tomar en cuenta las opiniones o actitudes de los propios practicantes de la medicina tradicional. Al menos en Perú, se ha sondeado el interés de médicos y de curanderos (santiguadores, rezadoras, etc.) por trabajar juntos, y si bien los primeros en su mayor parte mantienen una posición intransigente por la negativa, los segundos no ven ninguna ventaja en tal asociación, y más bien temor a la pérdida de la clientela, salvo aquellos “charlatanes” por obtener mayores ingresos, están dispuestos a correr el riesgo de trabajar en asociación con un médico.

Tampoco existen estudios sobre la efectividad y ni mucho menos sobre la eficacia, o los posibles efectos iatrogénicos, ni los costos reales que tal integración acarrea (Klinman, 1978 b). Los efectos que tendría la burocratización y profesionalización sobre las mismas prácticas médicas tradicionales, es algo a lo que tampoco se le ha prestado suficiente atención, y de hecho se puede presumir que si se tuvieran que desarrollar organismos nacionales y oficinas regionales para la evaluación, control y adjudicación y renovación de licencias para curanderos, el costo de tal operación desfinanciaría la burocracia del sector respectivo, con el riesgo agregado de poner una carga explosiva al precario equilibrio laboral en el sector salud de nuestros países.

4.2. Lo feo (el tener que responder nuevas preguntas y aceptar la dura realidad)

Si esto es así, las preguntas que deberíamos estar formulando no son cómo integrar la medicina “folk” a la medicina oficial, o como integrar a los curanderos tradicionales en el sector oficial (con una configuración burocrática y tecnológica cada vez más compleja), para usarlos un poco más y mejor: sino más bien deberíamos plantearnos nuevas preguntas o hipótesis, en este nuevo contexto:

Cómo lograr una distribución más equitativa de los recursos para la salud? Cómo crear fuentes alternativas de trabajo en salud para un sector que recibirá un incremento significativo de profesionales en su fuerza laboral? Cómo ampliar o reformar el modelo biomédico convencional? Cómo rescatar los conocimientos o prácticas de la medicina tradicional y cómo incorporarlos en la reformulación de las políticas de salud y en el diseño de nuevos modelos de atención.

Como hemos visto anteriormente, al margen de la medicina moderna y de la medicina tradicional existen otras formas de sanar o de curar, que se encuentran al interior del modelo explicativo popular (especialmente en los espacios urbanos): el “naturalismo” y otras respuestas terapéuticas basadas en plantas medicinales, en la danza, en la música o en la meditación, etc.. Cuál es y cuál debería ser la posición del sector oficial con respecto a éstas prácticas: la proscripción, el control o el “laisser-faire”? Existe algún espacio en los sistemas médicos oficiales para éste tipo de prácticas? Tienen las universidades de hoy alguna función en la investigación y en la enseñanza de estas manifestaciones curativas en los sectores populares?

Por último, debemos reconocer que la configuración de los sistemas médicos, probablemente tienen una importancia secundaria sobre la salud de la población, en comparación con los aspectos de la estructura social (Antonovsky, 1977), el control y la distribución del poder médico y de los recursos en la sociedad global (Elling, 1983). En otras palabras, lo que importa -desde el punto de vista de la salud- es cómo están distribuidos estos recursos y cuál es la aportación o difusión del poder dentro de los sistemas médicos o de la sociedad global, antes que las proporciones en que la medicina moderna y tradicional configuran el sistema médico pluralista de un país o una región dada.

Cuando se trata de la salud de los individuos en una sociedad los curanderos y los doctores y -hasta donde podemos presumir- las divinidades y los santos son importantes elementos en la integración de las redes sociales de apoyo y de los sistemas médicos, para el manejo de la situación de la enfermedad. Pero su contribución a la reducción de la morbilidad y mortalidad que registran nuestros países, -es hasta donde sabemos-, relativamente pequeña o marginal. Como ha sido señalado por varios autores (McKeown, 1976; Illich, 1975), y se ha reportado por nosotros en otra parte (Pedersen y Coloma, 1983), el perfil de morbilidad y el descenso de la mortalidad de nuestros pueblos está determinando en mayor medida por otros factores, antes que por la densidad o proporción de curanderos y doctores.

4.3 Lo bueno (lo mucho que todavía podemos aprender de la medicina tradicional)

La abolición de la medicina tradicional, no representa únicamente prohibir su ejercicio, y declarar ilegales a sus practicantes, sino que implica sobre todo suprimir una ideología, un sistema de creencias y de valores. Si bien se ha intentado imponer esta política en forma más o menos desembozada en muchos países, los resultados muestran hasta hoy la supervivencia de la medicina tradicional en la mayoría de los países en los que se ha adoptado o se mantienen sistemas médicos pluralistas, a pesar de las intervenciones para eliminarla o subordinarla.

A la par de la medicina tradicional han surgido nuevas formas de manejar las enfermedades y dolencias, las que forman parte del modelo explicativo popular, y se suman a las múltiples alternativas terapéuticas que utiliza la población en el proceso de búsqueda de la salud.

Según evidencias de autores de distintos enfoques y tendencias los sistemas pluralistas ofrecen singulares ventajas para la supervivencia biológica y para la resolución de conflictos o tensiones psicosociales, por lo que representan un conjunto de estrategias adaptativas culturales valiosas para la supervivencia y el manejo de las enfermedades y dolencias. A continuación presento algunas proposiciones para la conformación de un sistema médico pluralista en los países latinoamericanos.

El valor de conocer mejor los sistemas médicos y tradicionales o “folk”, está dado por el potencial que existe en la aplicación del conocimiento derivado de este sector en el actual sistema de atención.

Una estrategia global para lograr la participación (sin integración) de los practicantes de la medicina tradicional y de sus tecnologías, en la conformación de un sistema médico pluralista sería la siguiente:

- a. La conformación de múltiples sistemas locales de salud, centrados en las necesidades de salud de la población, dentro de una estrategia de descentralización y participación de todos los sectores sociales. En la constitución de este sistema pluralista deben participar todas las formas de atención que sean relevantes a las necesidades sentidas por la gente, y no solo debe cumplir funciones reparativas o de curación de las enfermedades, sino que también debe ejercer la función de cuidado, con un sentido más integral y más que el de simple vigilancia o de control de las enfermedades.
- b. La participación de curanderos y otros especialistas, debe ser cuidadosamente negociada entre los representantes del sector oficial, los practicantes de la medicina tradicional y la población o sus representantes. Debe hacerse una convocatoria en los niveles periféricos, que permita la deliberación y la concertación de acciones en un plan de trabajo para cada nivel local. En ésta concertación se puede ensayar distintas técnicas:
 - Intercalando destrezas específicas en el sistema de atención: los curanderos pueden participar como especialistas en la atención de problemas o entidades que se muestran refractarias al tratamiento de la medicina moderna, como por ejemplo, en el tratamiento y rehabilitación del alcoholismo, manejo del tratamiento de enfermedades mentales o problemas de comportamiento. El entrenamiento y la utilización de parteras tradicionales en la atención domiciliaria del parto y recién nacido normal, es otro ejemplo de cooperación que debe ser revisado y reformulado con participación de las parteras.
 - Incorporando algunas tecnologías modernas en el tratamiento dispensado por los practicantes de la medicina tradicional, u

otros especialistas, como por ejemplo en la administración de soluciones orales rehidratantes para la prevención de la deshidratación en casos de enfermedad diarreica; o bien en el manejo terapéutico de enfermedades respiratorias leves o moderadas.

- Desarrollando un sistema de producción y comercialización con plantas medicinales que resulten competitivas con la industria farmacéutica y drogas de patente, para el manejo de dolencias o enfermedades autolimitadas, o para el tratamiento de condiciones crónicas, que hayan mostrado buena respuesta al tratamiento con plantas.

Por otra parte, el conocimiento de la medicina tradicional puede servir para el desarrollo de nuevos modelos de atención y de práctica clínica.

Como se conoce, los síntomas varían según los distintos grupos sociales y culturales, en la extensión corporal de las quejas en la expresión del dolor o malestar, en el órgano o sistema corporal afectado, así como la respuesta para controlar o suprimir estos síntomas (Good y Delvecchio, 1980).

La información actual sobre los síntomas y síndromes de base cultural en la región andina es insuficiente. La nosografía médica tradicional andina reconoce varias entidades que es necesario decodificar clínicamente tales como el “daño”, el “espanto”, u otros síntomas como el dolor del cerebro, del hígado, dolor de riñones, entre otros. Es preciso indagar y reconocer el modelo explicativo popular y “folk” sobre estas dolencias y entidades de base cultural, para encontrarles un significado no solo biológico sino también psicosocial y cultural, para contribuir de esta manera al diagnóstico y selección de un tratamiento adecuado, clínicamente más eficaz en la curación de enfermedades y dolencias.

La práctica clínica basada en el modelo biomédico convencional tiene un repertorio de modelos interpretativos a su alcance (bioquímico, inmunológico, viral, genético, ambiental, psicodinámico, farmacológico, y otros). Los síntomas son decodificados e interpretados por los médicos de acuerdo a estos modelos, por lo que aquellos síntomas que no “encajan” en este repertorio son interpretados como de origen psicosomático o descartados como inexistentes. Varios autores han criti-

cado este enfoque biomédico como reduccionista y de limitado valor porque empobrece significativamente la función terapéutica de la medicina moderna. Good y Delvecchio (1980), proponen un modelo clínico interpretativo que tenga como meta fundamental el entendimiento (Verstehen) de las dolencias desde el punto de vista del paciente, diagnóstico y la explicación (Erkläre) desde el punto de vista médico.

El conocimiento de la medicina tradicional puede contribuir a la ampliación del modelo epidemiológico convencional no solo procurando una mejor información sobre las dolencias y síndromes de base cultural, sino además en el mejor entendimiento del cómo los datos históricos, sociales y culturales son determinantes en la aparición y distribución de las enfermedades y dolencias. En los últimos años el campo de la antropología se ha transformado, y en particular el área médica ha tenido un crecimiento considerable en el entendimiento de la adquisición y uso de las creencias, así como del significado adaptativo de los patrones de comportamiento frente a la enfermedad (Dunn y Janes, 1986). La investigación epidemiológica y socio cultural de las enfermedades y sus causas, como también de los modelos explicativos y de las respuestas deliberadas de la sociedad frente a la noxa, agresión o trauma, son tareas fundamentales para la construcción de una nueva sociedad, así como para una más equitativa y justa distribución de los recursos de salud en la sociedad.

Notas

- 1 Ponencia en el Ier. Congreso Latinoamericano de Medicina tradicional, Lima, Perú
- 2 Médico experto en problemas de salud pública, consultor OPS/OMS.

Referencias

- Akerele, O.
1987 "The Best of Both Worlds: Brining Traditional Medicine Up To Date".
Soc.Sci.Med, 24(2): 177-181.
- Alvarado L., E.
1985 Medicina Tradicional Aymara en la Pampa de Ilave (Domento inédito).
Lima.

- Antonovsky, A. y Bernstein, J.
1977 "Social Class and Infant Mortality" *Soc.Sci.Med.*, 11:453-470.
- Akin, J.S.
1981 et al, "The Demand for Child Health Services in the Philippines". *Soc.Sci.Med.* 15C:249-25.
- Belcher, D.W.
1976 et al. "Comparison of morbidity interviews with a health examination survey in rural Africa". *Am.J.Trop.Med.Hyg* 23:751-758.
- Bibeau, G.
1985 "From China to Africa: The Same impossible synthesis between Traditional and Western Medicine". *Soc.Sci.Med.* 21 (8): 937-943.
- Brito, P.E.
1986 "Notas para el Análisis de la Problemática de Empleo y Trabajo en Salud". (documento inédito) Programa de salud Internacional OPS/OMS. Washington, D.C.
- Cáceres Ch., E.
1988 *Si Crees, los Apus te Curan: Medicina Andina e Identidad Cultural*, Centro de Medicina. Cuzco.
- Carlier, A.B.
1981 *Así nos curamos en el Canipaco*, n.p.
- Chiappe C., M.; Campos F, J; y Dragunsky, L.
1972 "Psiquiatría Folclórica Peruana: Tratamiento del Alcoholismo". *Acta Psiquiát.Psicol. Amér.Lat.*, (18): 385-394.
- Chiappe C.,M., Lemlij, M.,
1985 Millones, L. *Alucinógenos y Shamanismo en el Perú Contemporáneo*. Ediciones El Virrey. Lima.
- Cunningham, C.E.
1970 "Thai Injection Doctors: Antibiotic Mediators". *Soc.Sci.Med.*, 4:1-21.
- Dunn, F.L. y Janes, C.R.
s/f "Introduction: Medical Anthropology and Epidemiology". en C.R. Janes; R.Stall y S.M. Gifford (Eds). *Anthropology and Epidemiology: Interdisciplinary Approaches to the Study of Health and Disease*. D. Reidel Publishing Company. Dordrecht.
- Elling, R.H.
1981 "Political Economy, Cultural Hegemony, and Mixes of Traditional and Modern Medicine". *Sc.Sci.Med.*, 15A: 89-99.
- Fabrega, H.J.
1977 "Perceived Illness and its Treatment: a Naturalistic Study in Social Medicine" *Brit.J.Prev.Soc.Med.* 31:213-219.
- Foster, G.M.
1977 "Medical Anthropology and International Health Planning". *Soc.Sci.Med.* (11): 527-534.
- Foster, G.M.
1984 "Anthropological Research Perspectives on Health Problems in Developing Countries", *Soc.Sci.Med.*, 18 (10): 847-854.

- Frisancho Pineda, D. Jatun Rijchari
1981 Manuel Núñez Butron, Precursor de la Medicina Rural Editorial Juan Mejía Baca. Lima.
- Frisancho Pineda, D.
1986 Curanderismo y Brujería en la Costa Peruana. Talleres Gráficos Lytograf. Lima.
- Fuller, J. Arigó
1974 Surgeon of the Rusty Knife. Crowell, New York.
- Good, B.J. y Delvecchio, M.
1981 "The Meaning of Symptoms: A Cultural Hermeneutic Model for Clinical Practice", in L. Eisenberg y A. Kleinman (Eds) The Relevance of Social Science for Medicine, pp. 165-196, D. Reidel Publishing Co., Dordrecht, Holanda.
- Greenfield, S.M.
1987 "The return of Dr. Fritz: Spiritist Healing and Patronage networks in urban, industrial Brazil". Soc.Sci.Med. 24 (12): 1095-1108.
- Hepburn, S., J., W.H.R., Rivers Prize Essay (1986)
1988 "Western Minds, Foreign Bodies". Medical Anthropology Quarterly, 2 (1):59-74, March.
- Illich, I.
1975 Némesis Médica: La expropiación de la salud. Barral Editores. Barcelona.
- Instituto Nacional de Estadística Ministerio de Salud
1986 Encuesta Nacional de Nutrición Salud 1984. (Informe General) Lima, Enero.
- Kleinman, A.M.
1973 "Some Issues for a Comparative Study of Medical Healing". Int.J. of Social Psychiatry, 19 (3-4): 159-165.
- Kleinman, A.
1978a "International Health Care Planning from an Ethnomedical Perspective: Critique and Recommendations for Chandé". Medical Anthropology (Spring issue): 71-94.
1978b "International Health Care Planning from an Ethnomedical Perspective: Critique and Recommendations for Chandé". Medical Anthropology (Spring issue): 71-94.
1980 Patients and Healers in the Context of Culture. Univ. of California Press, Berkeley.
- Kroeger, A.
1983 "Los Indígenas Sudamericanos ante una Alternativa: Servicios de Salud Tradicionales o Modernos, en las Zonas Rurales del Ecuador". Bol. of Sanit.Panam. 93(4): 465-481.
- Leslie, C.
1980 "Medical Pluralism in World Perspective". Soc.Sci.Med.,(14B): 191-195.

- Lira, J.A.
1985 Medicina Andina: Farmacopea y Rituales. Centro de Estudios Rurales Andinos "Bartolomé de las Casas". Cuzco.
- Low, S.M.,
1988 "The medicalization of healing cults in Latin America". *American Ethnologist*, 15(1): 136-154.
- Matos Mar, J.
1985 Desborde Popular y Crisis del Estado. Instituto de Estudios Peruanos. Lima.
- McKeown, T.
1976 El Crecimiento Moderno de la Población. Bosh, Casa Editorial, S.A., Barcelona.
- McKinlay, J.B. y Arches, J.
1985 "Towards the Proletarianization of Physicians" *Int.J.Heal.Serv.* 15(2):161-195.
- Núñez Muñoz, R.S.
1984 Medicina Popular y Autotratamiento en Tres Grupos Socioeconómicos de Lima, Universidad Peruana Cayetano Heredia (Tesis de Bachiller en Medicina). Lima.
- OPS,
1986 Las Condiciones de Salud en las Américas, 1981-1984 (Vol. I). Publicación Científica No. 500. Washington, D.C.
- Pedersen, D. Coloma, C.
1983 "Traditional Medicine in Ecuador: The Structure of the Non Formal Health Systems" *Soc.Sci.Med.*, 17 (17): 1249-1255.
- Saravia C., L.M. y Sueiro C.R., (Eds)
1985 Experiencias de Desarrollo Popular en el Campo y en la Medicina Tradicional y Moderna. CAAAP y DESCO. Lima.
- Seguín C.A.
1982 La Enfermedad, el Enfermo y el Médico. Ediciones Pirámide S.A. Madrid.
- Spruce, R.
1908 Notes of a Botanist on the Amazonas and the Andes. Mac Millan & Co. London.
- Tedlock, B.
1987 "An Interpretative Solution to the Problem of Humoral Medicine in Latin America". *Soc.Sci.Med.*, 24(12):1069-1083.
- Valdizán, H. y Maldonado A.
1922 La Medicina Popular Peruana (Contribución al Folcklore Médico del Perú): Tomos I, II y III, Imprenta Torres Aguirre. Lima.
- Young, A.
1985 "The Anthropologies of Illness and Sickness". *Ann.Rev.Anthropol.*, 11:257-285.

- Young, J.C.
1980 "A Model of Illness Treatment Decisions in a Trarascan Town" *Amer.Ethnol.*(7):106-131.
- Zola, I.K.
1972 "Studyng the decision to See the Doctor" *Adv. Psychosom. Med.*(8):216-236.
- Zola, I.K.
1981 "Structural Constraints in the Doctor-Patient Relationship: the case of non compliance" en L. Eisemberg y A. Kleinman (Eds). *The Relevance of Social Science for Medicine*, pp.241-152, D.Reidel Publishing Co., Dordrecht, Holanda.

3. ETNOCIENCIA, CREENCIAS Y SIMBOLISMO EN LA HERBOLARIA CHAMANICA MAPUCHE¹

M. Esther Grebe Vicuña, PH.D.

I. Introducción

En esta ponencia se examina, de acuerdo a las concepciones y creencias tradicionales de las machis y su equipo auxiliar, el saber reservado a cerca de las plantas medicinales utilizadas actualmente en la medicina indígena mapuche. Su base empírica deriva de un trabajo de extensa duración sobre herbolaria mapuche, iniciado en la década de 1970 con la colaboración de alumnos de medicina de la Universidad de Chile. Los alumnos produjeron un herbario cuyos datos fueron controlados y complementados posteriormente con tres herbarios chamánicos tradicionales, elaborados por la autora de la presente ponencia contando con la valiosa colaboración de tres machis. Estos herbarios agregaron un rico caudal de información antropológica sobre el presente tópico. Adicionalmente se recogió información acerca de las plantas medicinales de la novena región, para lo cual se produjo un herbario esquemático con la colaboración de un hierbatero de Temuco. Dicho herbario fue utilizado para fines comparativos.

Esta investigación tomó nuevo impulso el presente año, con la colaboración de un grupo Australiano, de expertos en documentales científicos, produciéndose un documental etnográfico in situ, sobre la herbolaria chamánica y sus propios activos. Dicho documental, que será transmitido en 70 países, fue filmado en reducciones mapuches tradicionales, contando con la colaboración de dos machis de reconocida experiencia y, así mismo, en dos laboratorios de la Universidad de Concepción, en las cuales se investigan los principales activos de las plantas medicinales mapuches.

II. La herbolaria chamánica Mapuche en su contexto

De acuerdo a las concepciones compartidas por los machis, las plantas medicinales son parte de la naturaleza, existiendo en función de medio ambiente silvestre y sus variados contextos. Se les asigna origen divino, postulándose que ellas fueron generadas por la pareja de dioses creadores en el tiempo mítico de los orígenes del mundo mapuche. Desde entonces, el destino de esta herbolaria fue preservar la salud y la vida humana. Sus plantas medicinales son, por tanto, condición necesaria para los procesos terapéuticos, diagnósticos, y profilácticos, en el contexto de la medicina indígena tradicional Mapuche. Están presentes en los procesos de percepción, conceptualización y simbolización, mediante los cuales la machi internaliza, comprende y da sentido a aquellos fenómenos relativos a la enfermedad y salud.

Como intermediaria entre los hombres, los dioses y espíritus de chamanes difuntos, la machi concentra su acción terapéutica en expulsar a las fuerzas del mal -causantes de la enfermedad- y restituir las fuerzas del bien -generadoras de la vida y de la salud-, recuperándose así el equilibrio psicofísico del paciente. Como tendencia general, la terapia chamánica opera en dos niveles que se dan, simultáneamente.

1. El somático, basado en los principios activos y/o efectos placebo de las plantas medicinales utilizadas, complementadas por infusiones, masajes, compresas, enemas, vómitivos y otras técnicas; y

2. El psíquico basado en la psicoterapia de apoyo y técnicas de relajación, respaldadas por la activación de sistemas de creencias y, en especial, de sus componentes míticos y mágicos.

En suma, las machis son portadoras del conocimiento etnocientífico: un corpus único de creencias y prácticas transmitidas por vía oral, pertenecientes al rico legado del patrimonio cultural tradicional, son expertas etnobotánicas, además de etnobiológicas, etnoterapeutas y etnodiagnosticadoras. La reactualización ritual de estos conocimientos y creencias puede ser visualizado como un producto simbólico que contribuye a mantener y reforzar la continuidad de estas tradiciones y a comprender su significado y procesos en la perspectiva amplia del cambio sociocultural en marcha. Como mediadora entre dos mundos, el natural y sobrenatural, la machi goza de un prestigio considerable en las comunidades indígenas, por lo cual desempeña roles de gran importancia que validan y legitiman su excepcional status.

En esta perspectiva, la herbolaria chamánica puede ser estudiada y comprendida como un fenómeno etnocientífico, y un proceso simbólico ligado al sistema de creencias, que gravita tanto en la machi misma como en sus redes sociales, en el contexto de su cultura y sociedad.

III. Categorización y clasificación de las plantas medicinales Mapuches

La elaboración de la presente categorización y esbozo taxonómico, se basa en datos empíricos compilados en cuatro herbarios, que contienen un total de 65 plantas medicinales.

Cada una de estas se estudió de acuerdo a una pauta, guía que incorporó diversos detalles de su recolección, preparación, administración, significado y simbolismo. Aún cuando la división principal deriva de las dos grandes clases de enfermedades -De causas naturales y sobrenaturales-, algunas plantas reaparecen en ambos grupos:

En líneas generales, las categorías chamánicas de plantas medicinales, coinciden notablemente con la concepción tradicional y etno-taxonomía de las enfermedades compartidas por los mapuches (Grebe, 1975), consecuentemente, las plantas medicinales se agrupan de acuerdo a su efectividad terapéutica reconocida, para un grupo específico de

enfermedades, así, según su etiología, se distinguen dos clases fundamentales de enfermedades:

1. Aquellas originadas por causas naturales (rekuetrán) y
2. Aquellas originadas por causas sobrenaturales diversas.

Estas últimas son 2-a) Wekifetún enfermedad causada por la acción de un wekufe espíritu maligno 2-b) Kalkutún, enfermedad causada por la acción de un kalku (brujo), y 2-c) Kisu-Kutrán enfermedad distintiva que aqueja exclusivamente a la machi. Es fácil apreciar que las plantas medicinales se asocian en torno a estas cuatro categorías: rekuetrán, wekufetún, Kalkutún, y Kisu-Kutrán.

3. Existe un tercer grupo constituido por los **contra-lawén**, plantas medicinales que cumplen funciones profilácticas, debido a sus atributos y características, estas plantas poseen gran afinidad con aquellas destinadas a la categoría de **wekufetún**.

(1) Las plantas medicinales destinadas al **rekuetrán** conforman un gran grupo heterogéneo. Ellos son: Chiko-Chiko, Chilco, Chillin, chin-chin, chod-rayén, fuil-fuil, kelleñ, kena, kil-kil, foki, klón (o maki), koleo, kollam, kolli-mamul, kurri-mamul, lafkén-kachu, luma, nguerru-lawén, madeko, manzanilla, matiko, mulul, wayum, wulwe. Ellas se prescriben para enfermedades diversas, desde tos, dolor de cabeza o de estómago, hasta estados febriles, anticonceptivos, luxaciones o fracturas. Se aplican en forma de infusiones, masajes, compresas, enemas, extractos o jugos, etc..

(2-a) Las plantas medicinales destinadas al **wekufetún** poseen atributos que posibilitan la expulsión del espíritu maligno del cuerpo del enfermo. Son generalmente mal olientes, amargas, picantes o espinudas. Entre ellas se destacan: ajenjo, defekono, echutúe, feta-ke-panglin, foye (canelo), klón (maqui), kollam, Kurremamull (natre), kurre-matra, nekuil-fuchu, palqui pedwe, raralawén, wulwe. Ellas se administran en saumerios, estornudos provocados, vomitivos, masajes, infusiones, extractos o jugos, ramos para exorcismo, etc..

(2-b) Las plantas medicinales destinadas al kalcutún poseen atributos que permiten la expulsión de sustancias malignas tales como venenos del cuerpo del enfermo. Para tal fin se utiliza vomitivos y enemas, destacándose (o natre), y el wulwe.

3) Las plantas medicinales categorizadas como kontra-lawén son profilácticas y preventivas, varias de ellas se ocupan en la terapia del wekufetún (2a, para la expulsión de espíritus malignos) ellas son: ajenjo, alwe-panglin, chacai, kurre mamull, palqui, refu, wayun. Se destacan por ser mal olientes, amargas, espinudas o picantes, utilizándose en saumerios, masajes, infusiones. Se utilizan además como señales o símbolos colocados en la puerta de la vivienda del enfermo, este es el caso de las cuatro ramas wayun (rama espinuda) o de refu (rama mal oliente), que impiden el ingreso del espíritu maligno de la enfermedad a la vivienda del enfermo. Al respecto recordemos que la cruz de palqui desempeña un papel similar en las viviendas del campesino chileno.

Otras plantas misceláneas son los remedios para la buena suerte (ngemawe y niume), los venenos (posiblemente el pulu), y los alucinógenos (posiblemente el jugo extraído de las hojas del foye o canelo). La miyaya no fue mencionada.

Mientras los venenos se asocian a la brujería (ileluwun), los alucinógenos se pueden vincular a la preparación del trance chamánico de la machi novicia. En todo caso, esos conocimientos son conservados como secretos de iniciados. Por mucho tiempo, se ha considerado que esta herbolaria chamánica es producto del pensamiento y acciones mágicas pertenecientes al sistema de creencias o “supersticiones” de los indígenas, negándoles a esta medicina toda validez científica. Hoy día el trabajo riguroso de farmacólogos y otros científicos han demostrado la presencia de principios activos en varias plantas medicinales mapuches. Tal es el caso del canelo (anticancerígeno en estudio), el maqui, vilcún, lawén (ciprés de cordillera), mol, bailahuén mitrin, chichin, llanka-lawén, triwe (laurel), boldo, chilko, palqui, natri, etc. (Véase al respecto a Montes y Wilkomisky 1987).

IV. Significados y simbolismos de las plantas medicinales Mapuches

Las plantas medicinales mapuches están articuladas a una compleja red de símbolos, cuya decodificación permite acceder a sus significados. Ellas se asocian a categorías cognitivas básicas de tiempo, espacio, número y color, y así mismo a las relaciones entre el hombre, la naturaleza y lo sobrenatural.

Su densa trama simbólica se pone en acción durante el proceso terapéutico, en el cual se producen asociaciones y transformaciones en el pensamiento y conducta, tanto del paciente como del terapeuta chamánico.

Las plantas medicinales responden al dualismo básico de la cultura mapuche centrado en la oposición del bien y del mal.

De este modo, se distinguen hierbas medicinales buenas y malas, que representan, respectivamente, a las energías naturales y sobrenaturales, benéficas y maléficas, las benéficas se asocian a la preservación de la salud y la vida, a las fuerzas constructivas y generadoras de orden, las maléficas se relacionan con la enfermedad y muerte, fuerzas destructivas y causantes de caos.

En consecuencia las hierbas benéficas son representadas simbólicamente por el tiempo del amanecer, que se asocia a los dioses creadores del mundo y a la generación de energías positivas, puesto que el alba es el momento propicio para la recolección de plantas medicinales; el espacio del punto cardinal Este, lugar de la Cordillera de los Andes asociada a la montaña y sus espíritus, a la naturaleza silvestre de sus bosques y vertientes, donde crecen las plantas medicinales en abundancia; los números sagrados cuatro, ocho y doce que regulan las combinaciones óptimas de hierbas medicinales para infusiones, masajes o ramos para exorcismos, los colores blanco y gama del azul, que representan a la acción benéfica del humo del saumerio, como también al origen divino de las plantas medicinales benéficas; el espíritu guardián o dueño de las hierbas medicinales, denominado ngenlawén, quien vela por sus espíritus auxiliares o mensajeros que transmiten el poder curativo a la machi, como también la elección correcta de las hierbas medicinales para una terapia.

Por el contrario, las hierbas maléficas son representadas simbólicamente por el tiempo de la noche oscura, en el cual los espíritus malignos acechan al hombre indefenso en los caminos solitarios para pro-

ducir su enfermedad o muerte; los espacios de los puntos cardinales Oeste y Norte asociados a cataclismos o vientos destructivos; los números en las combinaciones de hierbas malignas que atentan contra la salud o la vida; los colores negro y rojo que representan a la potencia agresiva y destructiva de los espíritus malignos (*wekufes*) y brujos (*kalkus*); los *wekufes*, espíritus del mal encarnados en diversas formas y entidades antropomorfas y zoomorfas, cuya misión es enfermar a una víctima o causarle su muerte; los *kalkus*, brujos que se reúnen durante la noche en los *renu*, cuevas subterráneas del sumundo, con el fin de manipular a sus agentes del mal, (*wekufes*) y preparar sus posiones venenosas (*fiñapué*).

El proceso terapéutico mapuche se caracteriza por su poder de comunicación simbólica que parece operar mediante una activación de la red de asociaciones de las plantas medicinales benéficas vinculadas a las categorías cognitivas básicas de su tiempo, espacio, número, color y relaciones del hombre con la naturaleza y lo sobrenatural. En el curso de la terapia chamánica, tanto el paciente como la *machi* son motivados por la potencia de estas asociaciones simbólicas, hasta tal punto que suele producirse un cambio psíquico que repercute en un cambio de comportamiento (Moerman, 1979:60)

Los factores que inciden en estas transformaciones parecen ser el poder evocativo y relacionador de la trama simbólica, el sistema de significados compartidos y la efectividad de los recursos y disciplina terapéutica de la *machi* sumada al grado de sus influencias sobre el paciente.

V. Conclusion

La poesía chamánica alusiva a las plantas medicinales es reveladora de la profunda emoción mística y estética del chamán respecto a sus valores y poderes. Las plantas medicinales son entidades vivas que tienen su espíritu guardián y protector: el **ngen-lawén**. Puede hablar, pueden comunicarse con el chamán, son mediadores entre la *machi*, su paciente y los dioses que pueblan el **wenu-mapu**. Los textos chamánicos dan lugar a un elocuente discurso, en el cual aparecen los significados básicos asignados a las hierbas medicinales y su contextualización sociocultural.

Priman en ellos los contenidos religiosos y místicos sumados a un intenso tono emocional referido, especialmente a la percepción estética que deja traslucir una concepción humanista y moral de las plantas medicinales y su uso. Puesto que los siguientes cuatro textos son en sí mismos explicativos, revelando los significados culturales mediante su lenguaje simbólico que reflejan las concepciones del chamán nativo, parece innecesario complementarlos con notas explicativas del antropólogo.

Texto 1

(Fragmentos de un ulutún, rito terapéutico mapuche)

Eh! Te refrescarás el corazón.
Te refrescarás los huesos
Retrocede tú, vaho maligno!
Que circule! Que circule!

Ya te bebiste el agua medicinal
Limpiaste tu aliento con el agua
Por el agua que corre hacia el Este
Por el agua que corre hacia el Este
Por el río que corre hacia el Este.

Está diciendo el agua:
“Ah! refréscamelo
Normaliza su corazón
Normaliza sus huesos”.
Retrocede tú, vaho maligno!
Lo retrocederás con el agua
De hierbas medicinales.
Le refrescarás su palabra
Le levantarás su palabra
Le han recorrido su corazón
Que reaccionen sus huesos
Que reaccione su corazón.

Ah! Los soltarás!

Soltarás el vaho maligno!
Lo soltarás con el agua medicinal!

Texto II

(Fragmento de rito terapéutico)

Eh traído doce hierbas
Para sanarte
Vengo a verte diablo astuto
Por que digo de ti:
“Iré a casarte”.
En qué astucias te han instruido,
Demonio, torbellino del norte?
Aunque estuvieses en los huesos
Aunque estuvieses en el vientre,
Te he traído doce remedios
Para vencerte:
Astuto demonio, torbellino.

(AUGUSTA, 1937:316)

Texto III

(Cántico a las plantas medicinales)

Qué linda! Qué linda es
Mi planta medicinal de **niume!**
Qué linda! Qué linda es
Mi planta medicinal de **niume!**
Qué linda! Qué linda es
Mi planta medicinal de **ngemawe!**
Son éstas, estas son
Las que siempre llevo conmigo
Por toda la tierra
Por todas las regiones de la tierra.
Ellas Están, están allí
Las plantas medicinales multicolores
Qué linda! Qué linda es
La flor de la planta medicinal!
Esta es
La que llevo siempre conmigo

Por las regiones de la tierra.
Qué linda, qué linda!
Qué linda es la flor de la planta medicinal!
Qué linda es la planta de **niume**!
Toda clase de suerte llama,
Llama la suerte,
Hay plantas de niume
Que llaman la suerte
Toda suerte llaman
Señor de las alturas:
Tú las dejastes
Tú las hicistes
Tú les diste color

(Machi Juanita Pailacheo; Recopilación Etnográfica de M.E. Grebe).

Texto IV

(cántico a las flores de las plantas medicinales)

Señora flor
Señora flor, flor.
De las abuelas
De las machis abuelas
De las antiguas
De las machis antiguas
Yo tengo, tengo
Tengo mi planta medicinal de niume
Yo tengo,
Tengo mi planta medicinal de ngemawe
Tengo todas mis plantas medicinales:
Todas ellas.

!Qué lindas! Qué lindas son
Todas las plantas medicinales
De distintos colores!
Tengo presente mi planta medicinal
Tengo la planta, mi planta medicinal

Recorriendo, recorriendo
Por todas las tierras
Por todas las tierras montada a caballo
Montada a caballo pasando por el agua
Entre mis plantas medicinales
Tengo, tengo
Todas mis flores en lugar fresco
Todas mis flores en lugar fresco
Qué bonito el lugar fresco
de las plantas medicinales!
Todas las plantas medicinales
De variadas clases
Tengo toda clase
De plantas medicinales
De allá! De allá!
Del lugar de las alturas
Del lugar de las machis,
Del lugar de las alturas
Del lugar de las machis
Tengo todas mis plantas medicinales
Todas mis plantas medicinales tengo
Todas mis plantas medicinales tengo
Qué linda! Qué linda es
Mi flor de planta medicinal acuática!
Qué linda la corriente de agua!
Qué linda la flor!
Aparecieron, aparecieron
Todas mis flores de niume
Todas mis flores de niume
Aparecieron, aparecieron
Todas mis flores de ngemawe
Aparecieron
Una y otra en el agua,
Aparecieron, aparecieron
Todas las flores
Aparecieron, aparecieron
Todas clases
De plantas medicinales acuáticas
Qué linda! Qué linda es
la enredadera para remedio
De la montaña acuática!

Qué lindo mi remedio!
Tengo, tengo
Mi agua de la vida
Ustedes me la dejaron:
Señor Dios, Señor Dios.

(Machi Lucinda Lincongir; recopilación etnográfica de M.E. Grebe).

Nota

- 1 Tomado de: Memorias del Primer Congreso de Plantas Medicinales, Santiago, Chile, 1990.

Referencias

- Augusta, Félix de
1934 Lecturas Araucanas. Padre Las Casas, Ed. San Francisco.
- Grebe, M. Esther
1975 "Taxonomía de Enfermedades Mapuches". En antropología (Departamento de Antropología, Universidad de Chile). 1, pp.27-39.
- Moerman, Daniel E.
s/f "Anthropology of Symbolic Healing". En Current Anthropology, 20, 1, 1979, pp.59-80.
- Montes Marco y Tatiana Wikomirsky
1987 Medicina Tradicional Chilena. Concepción, Ed. de la Universidad de Concepción.

4. “CONCEPTO DE SALUD Y ENFERMEDAD MAPUCHE Y ALCANCE DE LA EXPERIENCIA DE SALUD”

*El uso de hierbas medicinales y la curación desde lo sagrado*¹

*Cristina Girardi*²

I. Descripción de la experiencia

La experiencia que vamos a relatar se inserta dentro del Proyecto de Mujeres Mapuches (PMM). Este proyecto se inicia el año 1982 con el objetivo general de aunar la investigación con la acción para el desarrollo de un concepto integral de revaloración de la cultura mapuche. Dentro del proyecto, existen diversas áreas de trabajo: textil, legal, organización y salud.

El área de salud, en principio, fue planteada como una acción específica dirigida a un grupo de mujeres en la localidad de PicutaCoigUe, con el fin de que este se especializara en algunos temas de salud e irradiara lo aprendido hacia la comunidad y otros grupos.

En el grupo Picuta-CoigUe se trabajaron tres grandes líneas

Primeramente, la capacitación en salud, que se planteó sobre temas generales (tratamiento de enfermedades comunes y primeros auxilios). Posteriormente se agregó la recopilación de información desde las mismas mujeres, de su conocimiento ancestral respecto al tratamiento de enfermedades comunes, especialmente del uso de plantas medicinales. También se realizó una clasificación de las enfermedades más comunes reconocidas por las mujeres a la vez que una sistematización de plantas y hierbas medicinales de acuerdo a su eficiencia terapéutica en las dolencias por ellas reconocidas. Esta investigación derivó en la recolección de hierbas y la implementación de botiquines mixtos a base de fármacos y plantas medicinales. Esta implementación mixta se debió por una parte, a la constatación de que los fármacos son utilizados de manera recurrente y reconocida su eficacia en el tratamiento

de enfermedades comunes. Y, por otro lado, se trataba de revalorar el conocimiento y prácticas de salud de las mujeres mapuches que se vinculan con el uso de la herbolaria para el tratamiento de las dolencias más comunes.

II. Marco de referencia

En la investigación que siguió a esta experiencia se profundizó en el concepto de salud/enfermedad que se enmarca dentro de la concepción de la dualidad. Los mapuches perciben el mundo como una totalidad que integra dos caras opuestas y complementarias.

La totalidad de lo real esta integrada por lo natural y por lo sobrenatural, y los mapuches se sitúan dentro de esta totalidad. El universo esta categorizado en izquierda y derecha, como un universo de opuestos complementarios que se constituyen como dos caras de lo real.

Esta división, más bien horizontal que vertical, no hace referencia a las categorías de superioridad e inferioridad implícitas en una jerarquización vertical.

Esta concepción dual de la totalidad de lo real se refleja en el orden de todos los seres y las cosas que pueblan el mundo, en sus estados y relaciones. La primera relación de carácter funcional es la relación con lo divino. El mapuche como sujeto, estructura su identidad en el plano de lo trascendente. El sentido del “ser mapuche” se afina en la relación con las divinidades que han “donado” al pueblo su idioma (mapudungu), y las leyes que rigen su vida (ad-mapu). Los seres humanos deberán, cíclica y continuamente “devolver” con el fin de establecer un equilibrio con ellas y con lo creado. Esta relación con lo divino se ve replicada en el establecimiento de una cultura: un orden sustentado en la reciprocidad entre el ámbito de lo humano y lo sagrado.

El equilibrio fundado en la reciprocidad y la noción de dualidad se desplazaban hacia todas las cosas y sus estados.

Izquierda-Derecha, Calor-Frío, Bien-Mal, Masculino-Femenino, Salud-Enfermedad, son valores omnipresentes que rigen el devenir del hombre. Lo femenino esta ubicado a la izquierda al igual que el mal, el frío y la noche. Lo masculino tiene su lugar en la derecha y allí se sitúa el calor, el día, el bien. Estas oposiciones complementarias están siempre en movimiento y el juego de la existencia consistirá en lograr su

equilibrio. En ellas se expresa un poder que coexiste a un mismo nivel de manera que mientras un estado predomine el otro existirá en estado de latencia. Por ello cuando entramos en el terreno de la salud y de la enfermedad asociados a las dualidades bien-mal, vida-muerte, vemos que siempre de alguna manera, se estará en peligro. El hombre pendula por sus acciones entre polos que pueden situarlos en el bien o en el mal. Existe en la relación de los opuestos complementarios un equilibrio, un orden que no debe ser alterado, la ruptura de éste puede producirse porque los seres humanos han fallado en su reciprocidad con lo sagrado o porque han roto con las leyes del *ad-mapu*.

III. El concepto de salud/enfermedad

El concepto de salud/enfermedad se construye entre dos espacios; el bien y el mal, como un orden que tiende al bien pero implica la permanencia del otro, su latencia. De ahí que las enfermedades sean percibidas como algo constante y recurrente.

Siempre se está latentemente enfermo. La salud (*KalUl*), representa el estado de equilibrio del ser humano, el adjetivo que simboliza la plenitud, la vida del mundo. Pero ese estado puede estar amenazado por la enfermedad (*KUtran*), del mismo modo que el “bien” está asolado por la presencia del “mal”. El bien se corresponde de algún modo con la salud y el mal con la enfermedad.

Bien y mal son opuestos que dinamizan el cosmos, están siempre presentes en las actitudes de las personas, en la sociedad y en la naturaleza. La oposición vida/muerte espejeará tras el bien/mal, la salud/enfermedad. El mal será quien ocasione la ruptura y funde el desequilibrio en el cuerpo. De este modo la enfermedad dentro de la cosmovisión mapuche está inserta dentro de ese gran movimiento que define a las cosas, a los seres que moran el mundo. Decir salud es aludir a la plenitud, pero tras de ella y como en sordina está el sonido de la enfermedad, su opuesto complementario.

La enfermedad entonces significa la ruptura de un orden, una violencia ejercida en el organismo que impide su bienestar. Está siempre asociada a un algo externo que violenta el cuerpo y que obedece a una acción; le hicieron mal, a la introducción en el cuerpo de lo que daña, a la transgresión que abre el cuerpo y conforma un espacio dentro de es-

te, que permitirá la introducción del mal y la emergencia de la enfermedad. El mal se aloja en el cuerpo y lo desordena, establece allí su morada, porque la transgresión le concedió un lugar. El mal circulará en el cuerpo y comprometerá a todo el organismo, se irá desplazando a través de los distintos puntos, contagiando un órgano tras otro. Así como el mal se traslada al interior del cuerpo de un individuo, también es posible que ejerza una acción fuera de él, contagiando el resto del grupo. Transferido de un cuerpo a otro, el mal no solo amenaza la salud de un individuo, sino que compromete el bienestar de su familia y allegados.

El devenir del cuerpo enfermo estará a su vez poblado de signos físicos y psíquicos, donde los sueños (peumas) tendrán un papel esencial estructurando simbólicamente los avatares del enfermo.

La experiencia onírica es tan sensible y real como la experiencia cotidiana y la palabra será el vínculo entre ambas. Las mujeres serán las receptoras de los sueños y las administradoras de esta palabra que vincula y decodifica los signos de los sueños. Sobre la base de un significado colectivo, las mujeres irán elaborando un significado específico, de acuerdo a la realidad del sujeto que sueña.

En la relación con la salud y la enfermedad, los sueños son parte de una historia que se irá construyendo en torno a la dolencia. A través del soñar el individuo se construye y el sueño lo construye a él, conformando esta unidad su propia historia. Los sueños serán tanto indicadores de enfermedad como de mejoría, a través de estos se sabrá de la causa de la dolencia y será la machi quien también, por el soñar sabrá del remedio que requiere el enfermo.

IV. Clasificación de las enfermedades

En el primer grupo inciden los factores ambientales, la alimentación, el contacto con el huinca y los accidentes cotidianos. Así un primer esbozo en la clasificación actual de las enfermedades será el siguiente:

- a. Enfermedades que se producen por el paso brusco del calor al frío, entre estas las más comunes son el pasmo, el aire, el calor al estómago. La fiebre, las puntadas en la parte afectada, la diarrea con

sangre, el dolor de cabeza, son algunos de los síntomas vinculados a estas dolencias.

- b. Enfermedades producidas por permanecer expuesto al frío que se clasifican como “estar pasado de frío” y afectan por lo general a las mujeres durante la menstruación y después del parto. De modo más amplio, para hombres y mujeres comprometen la vejiga, las vías urinarias, el estómago y el hígado.
- c. Enfermedades de “huica” o “huincakUtran”, se denominan aquellas que fueron introducidas por los extranjeros; en este campo se reconocen la pulmonía, la bronconeumonía de un modo general, las enfermedades contagiosas (sarampión, viruela, etc.)
- d. Las heridas o allfen se dividen en dos grandes grupos: las derivadas de un corte o caída y las internas, refiriéndose con esto a las heridas producidas por la irritación de órganos internos del cuerpo.

En el segundo grupo, el factor sobrenatural es el factor dominante que produce la mala salud y se genera por la acción del wecufe (fuerzas del mal), que se vale de una kalku (bruja) para ejercer su maleficio o se integra a un elemento de la naturaleza con este mismo fin. Aquí hay tres formas, al menos, en que se manifiestan las fuerzas del mal y son:

1. Introducción en el cuerpo de un objeto que se localizará en esté, generando la enfermedad. Las vías privilegiadas para la introducción serán comidas y bebidas.
2. Rapto del alma de un individuo, que provocará una dolencia que poco a poco irá consumiendo sus fuerzas vitales.
3. Encuentro directo con el wecufe denominado topantun o trafyekeenun. Aquí no existe la voluntad de hacer mal sino que es el encuentro azaroso con el demonio lo que provoca la enfermedad.

V. La curación: el campo del ritual

Los rituales dentro de una sociedad mapuche operan como restablecedores del orden, de la reciprocidad, restaurando las transgresiones de los hombres. Para lograr esto, los rituales operan desde el ámbito de lo sagrado y actúan dentro del terreno de lo preventivo y de lo curativo. Es curativo en el sentido de que reinstaura el equilibrio y la reciprocidad y es preventivo en el sentido de que mantiene la relación y la comunicación con lo divino, asegurando de esta manera, que el conflicto, el mal, se mantenga alejado de la comunidad.

Los rituales fundamentales dentro del mundo mapuche son el ngillatún y el machitún. El primero, convoca a toda la comunidad, y está dirigido a asegurar la cohesión de la comunidad, a frenar y a evitar las acciones del mal y a mantener y restablecer la comunicación, la reciprocidad, con Ngenéchen. Este ritual se realiza periódicamente y es de carácter sacrificial. El sacrificio opera en dos sentidos; sustituye a los responsables de las transgresiones por una víctima propiciatoria que pagará simbólicamente por los desórdenes ocasionados por los hombres y también opera como un mecanismo de “devolución” cíclica por los dones recibidos desde la divinidad.

Por otro lado, el machitún restituye, un orden en el cuerpo individual. Este orden se ha visto alterado por la acción de un otro, de un tercero. El mal, se ha introducido en el cuerpo, provocando desórdenes, la enfermedad.

Pero el daño que aqueja al individuo no se cierra en el cuerpo del enfermo, es una fuerza del mal, el resultado de una transgresión que siempre amenaza con extenderse hacia todos aquellos que rodean al enfermo. El machitún, en este sentido, compromete tanto al individuo como a su grupo.

Para poder cerrar el proceso, efectuar la curación, la machi opera sobre la base de una doble identificación del mal; ambas situarán el mal fuera del individuo. Una se realiza sobre el objeto chamánico que se extrae del cuerpo del enfermo y que encarna la fuerza del mal. La otra, se realiza “adivinando” la causa y origen de la enfermedad. También se produce una doble sustitución. El objeto chamánico sustituye a los culpables reales de la acción maléfica, la identificación de los mismos sustituye la transgresión del individuo.

La machi, como protagonista de la enfermedad y de la curación, sintetiza en su cuerpo y en su rol los conceptos de la salud y de la enfermedad.

VI. El uso curativo de las plantas medicinales

En el contexto de la curación chamánica, el conocimiento de las hierbas y plantas medicinales es constitutivo de un saber especializado, de un saber machi. Cada machi tiene sus remedios específicos y estos le son entregados por Ngenéchen a través de los sueños; tienen eficacia no solo por las propiedades intrínsecas sino porque tienen relación con lo sagrado. La relación con las plantas y con el mundo natural es para la machi no solo una relación funcional sino que es una relación ritualizada.

Ella establece una relación de reciprocidad con el mundo natural basada en la relación de intercambio recíproco con Ngenéchen. Sabemos que la recolección de hierbas realizadas por la machi está pautada desde un saber ancestral que implica y se fundamenta en esta relación con lo sagrado. La machi tiene un conocimiento extenso con la herbolaria, ella sabe de su ciclo reproductivo y de sus propiedades específicas; cual es la parte de la planta que sabe ser utilizada para cada dolencia y del tiempo en que deben recolectarse. Este saber se enmarca dentro de un saber ritual existe en ella una estrecha vinculación, entre el conocimiento y las creencias que hace su accionar a toda su práctica en la curación. Por esto, todos los movimientos de la recolección y preparación de sus remedios formaran parte de un ritual al igual que los movimientos de la curación. El uso de las hierbas y de las plantas en el acto curativo, estará estrechamente vinculado a las palabras y los gestos, conformando un solo movimiento ritual.

VII. Conclusiones

1. En el ámbito cotidiano de la salud, las mujeres mapuches ocupan un rol fundamental, ellas son, las encargadas del reconocimiento de las dolencias más comunes (diagnóstico) y del manejo de plan-

tas y hierbas de acuerdo a su eficiencia terapéutica, desempeñándose así como un agente de salud no especialista.

El saber de las mujeres se conforma dentro de lo cotidiano, como un conocimiento sistemático y estructurado que se erige en capital simbólico de las mismas. Este saber se ha ido transmitiendo por medio de la tradición oral, de generación en generación, de madres a hijas. La madre transmite, al mismo tiempo que un saber práctico ligado a lo cotidiano, un cuerpo de creencias, que se van inscribiendo en los gestos transmitidos. El aprendizaje de lo cotidiano se realiza a través de la limitación. El saber y las prácticas son traspasadas a través del ejemplo y el aprendizaje no está ligado a la separación entre un cuerpo teórico y otro práctico. El tejido, el uso de las hierbas medicinales son cuestiones de ídoles prácticas, que se van aprendiendo desde la experiencia, cuerpo a cuerpo.

Este aprendizaje en la imitación de los gestos de la madre, se vincula al gesto ritual que acompaña y contiene y, en un sentido mucho más profundo esta vinculado a la “imitación de las almas”.

El aprendizaje de la creencia también quedará inscrito en los cuerpos.

Por otro lado sabemos que el agente de salud (chamán), por excelencia entre los mapuches es la o el machi. Según las primeras descripciones de cronistas, los machis eran hombres cuya característica más común era el travestismo y la pederastia. Sin embargo, se ha producido a través del tiempo un desplazamiento del rol chamánico hacia las mujeres. Esto nos lleva a considerar que es lo femenino y no el ser mujer lo que está presente en el rol y prácticas curativas del chamán.

Este desplazamiento hacia las mujeres del rol chamánico y el rol de las mujeres no especialistas, en las prácticas curativas, nos remite a un “poder” que se manifiesta en la manipulación de lo natural -las plantas medicinales- y de lo sobrenatural. Nos preguntamos aquí porque la cultura deposita en lo femenino y por ende, en las mujeres, la capacidad y el arte de la curación.

La indagación sobre herbolaria nos entregó información importante sobre el concepto de salud y enfermedad en la cosmovisión mapuche y sobre una clasificación, tanto de las hierbas en uso como de las dolencias reconocidas. Estas últimas se dividen en dos grandes catego-

rías, según el origen atribuido a las mismas; enfermedades causadas por agentes naturales y agentes sobrenaturales.

De ahí que la curación se realice en dos niveles complementarios, en el nivel de lo fisiológico y en el nivel de lo simbólico, donde opera el ritual. Ahora estos dos niveles están estrechamente ligados recordemos que las creencias, el campo de lo simbólico, están inscritas en el cuerpo y representan dos aspectos de la “sanación ideal

Notas

- 1 Tomado de: Memoria del Primer Congreso de Plantas Medicinales, Santiago, Chile, 1990.
- 2 Centro de estudios de la mujer CEM.

5. PARTICIPACION, PLANIFICACION Y SALUD/PROPUESTAS NACIONALES Y EN LA REGION INCA DEL PERU¹

César Ozejo Valencia²

Marco de referencia

En el marco de una profunda crisis económica y social, desde el segundo semestre de 1990 se instaura el Gobierno del Ing. Alberto Fujimori, en el que aplica una drástica política de ajuste con la finalidad de poder “reinsertar” al Perú el crédito internacional. Esto significó, por ejemplo, que el día 7 al 8 de agosto, día en que se dictaron las medidas económicas, la población en situación de pobreza extrema del Perú creció de 7 a 12 millones, de los 21 millones de peruanos. Más aún al tener un sistema de salud en lo fundamental deficiente, centralista y asistencialista y en persistente deterioro general, el cual no estimula la participación de la población.

Por otro lado con el gobierno aprista anterior y, menos entusiastamente con el actual gobierno, el País está siendo reordenado políticamente por el proceso de Regionalización. Este intenta descentralizar el poder y los recursos conformándose Gobiernos Regionales, con el riesgo de quedarse en nuevas formas de centralización de no contar con un proceso participatorio, descentralista y de desarrollo.

Estos procesos paralelos: crisis económica, política de ajuste, emergencia social, violencia, regionalización, plantean características particulares al trabajo por mejorar la salud de la población y su participación en este proceso.

Un esfuerzo importante por asumir este reto vital fue desplegado por las diversas organizaciones sociales de la Región Inca (que agrupa a los departamentos de Apurímac, Cuzco y Madre Dios) así como del Trapecio Andino y algunas nacionalidades. La Región Inca, una de las más deprimidas del país, con zona de valles de alto andino, como de selva. Para ello se organizó el Seminario-Taller de Regionalización y Salud, que consideramos logró sistematizar experiencias y propuestas muy importantes (Anexo 1), ya que reunió, luego de un proceso de participación organizado desde los niveles locales de municipios y comunidades a una mayoría de líderes, junto a técnicos y funcionarios de organizaciones populares, ONG y del Estado, en las que el ISAT jugó un rol de apoyo y coordinar a nivel nacional y regional, dentro de un Comité Organizador Regional/Subregional.

Aspectos conceptuales básicos

Hoy, ya nadie discute la importancia de la participación de la comunidad y la sociedad, en el campo de la salud. Razón por la cual se hace más necesario aclarar previamente principios básicos orientados a una real mejora de la salud que a su vez cuenta con una auténtica Participación Comunitaria en Salud (PCS).

Este primer reto, se une a la potencialidad real de la salud, más que cualquier otro sector que dado su origen multifactorial brinda la posibilidad de generar estrategias que igualmente tienden a ser integradores. Por ejemplo en el plano político, dado que busca el bienestar general la Salud puede favorecer la concertación de las diferentes capas sociales y grupos políticos.

Al respecto una cuestión previa para desarrollar una real Participación Comunitaria en Salud (PCS), es reconocer que en la gran mayoría del Perú, en sus provincias y departamentos, es decir en ese mundo andino, más allá del sistema formal u oficial, los sistemas y medicinas tradicionales o populares de salud tiene una predominancia expresada en creencias, costumbres, recursos y agentes de salud. Pero, preguntémosnos, porque la PCS es fundamental: es que junto al rol promotor de la salud, hoy más que antes tanto el Estado centralista y la sociedad organizada, requieren de una profunda democratización, para lo cual es fundamental la participación aún más consciente de la comunidad y de la sociedad civil.

Un aspecto, por tanto, es que la PCS, en el Perú, un país con grandes recursos, pero actualmente empobrecido y desestructurado; debe vincularse al desarrollo integral, socioeconómico y cultural que es la base para la construcción de la Nación (o Proyecto Nacional) para el Perú. A este nivel de construir el Proyecto Nacional, como suma concertada de los Proyectos Locales y Regionales, debe constituir la planificación y la participación comunitaria.

La salud como conceptualización integral y consecuentemente como objetivo, además de su potencialidad explicativa y de la casualidad, debe facilitar la proposición de alternativas y estrategias de intervención y desarrollo.

La planificación en nuestros países, como el Perú es aún poco creativa y débil, tiene una predominancia normativa junto al dominio de la rutina burocrática. Algunas tendencias influidas por la propia planificación estratégica requieren en su aplicación de una visión integradora en cuanto a la integridad biosocial y económica-política de la salud y del desarrollo de los proyectos nacionales o regionales, y los antecedentes valiosos de la salud pública. Porque de lo contrario estaríamos como a suerte de las modas internacionales de la APS, SILOS, etc..

Es, en este sentido que se hace necesario desarrollar experiencias de una planificación de carácter integral y participativo que:

- Integre la naturaleza biológica y social del Proceso Salud-Enfermedad, en el proceso de producción y reproducción de la salud, uniendo la teoría con la práctica y la realidad.

- Integre los cambios evolutivos y progresivos de corto plazo con los avances cualitativos de mediano y largo plazo.
- Integre el enfoque colectivo y epidemiológico, con una concreción y filosofía del desarrollo del hombre y de la persona.
- Valore los objetivos cualitativos de vida y no solo metas cuantitativas y coberturas, en particular respecto a los sistemas populares o tradicionales de salud y medicina.
- Promocione fundamentalmente a la sociedad civil, junto a la democratización del Estado en su rol de protección social.
- Desarrolle técnicas creativas para estos objetivos, además de los conceptos y teorías que deben ser aplicadas.

Por ejemplo este estilo de Planificación Participativa e Integral, en el Perú, a nivel de los procesos regionales y locales, por su formación histórica y perspectivas debería desarrollarse en:

- Respetar y promover las organizaciones sociales “naturales”, históricamente conformadas.
- Propiciar y validar la participación comunitaria y social en las decisiones y la democratización estatal.
- Apoyar y desarrollar los aspectos fundamentales y positivos de las medicinas y sistemas tradicionales de salud.
- Apoyar la confluencia de los procesos regionales, hacia un proyecto nacional con el protagonismo de las organizaciones comunitarias y sociales limitando el hegemonismo de los partidos políticos, gobierno y el Estado.

Frente a la clásica planificación normativa y vertical, la también denominada Planificación Participativa o la planificación de base tiene las siguientes características:

1. Tiene otro orden y direccionalidad, pues se debe realizar desde las comunidades de base hasta los niveles de organismos burocráticos, de abajo hacia arriba.

2. El nivel local juega una importancia principal, en las diversas fases del diagnóstico, planificación, y sobre toda la decisión política para las acciones.
3. Expresaría la participación comunitaria en salud en todo el proceso, entendiéndose como la intervención activa, responsable y consciente de la comunidad en:
 - La determinación de sus necesidades.
 - La priorización de las mismas.
 - La definición de las formas de enfrentamiento de los problemas de salud.
 - La formulación de los programas y ejecución de actividades.
 - La supervisión, evaluación y control social de los recursos y programas de salud.

Así pues, la PCS no puede hacerse como una receta, sino tomando en cuenta la experiencia e historia de la propia comunidad; así como de las otras comunidades con procesos exitosos de participación y gestión de salud.

Aspectos operativos y prácticos

Por tanto la planificación y participación en salud debe ir de la mano de la descentralización máxima de los recursos financieros y humanos. En consecuencia, la PCS es cosustancial con la verdadera Regionalización, entendida como un proceso democrático, descentralista y de desarrollo de las regiones como conjuntos geográficos-económicos, poblacionales, políticos y culturales con una identidad común, nacida de su historia, orientadas a lograr niveles de bienestar, como una parte integrada a la nación.

Si bien podemos tener un ámbito de regionalización, sin embargo, los objetivos anteriores suponen centrar el trabajo u organización fundamentalmente en los niveles locales. Aunque, para la planificación

en el aspecto técnico-social se suele considerar ámbitos geográficos mayores como son las microregiones a las subregiones.

Pero en líneas generales podemos señalar que debía haber una vinculación con su organización, priorizando por un lado la dirigencia central o territorial; y por otro lado la organización más vital de las mujeres. Una instancia permanente puede ser lograda a través de una comisión o comité de salud, la que debería tener una participación o responsabilidad continua, de preferencia, junto al director de salud.

Para darle un carácter más democrático e integral a la participación de los Comités o comisiones tiene que combinarse con la forma más amplia decisoria de las Asambleas, correctamente organizadas y preparadas. Las Asambleas o Congresos que acuerdan planes de Salud Unicos o integrados u otros temas fundamentales como una manera de reforzar un sistema integrado de salud comunitaria.

Así, un elemento básico de la PCS es la relación del servicio y el personal de salud con la comunidad y su organización. Por tanto, el personal de salud formal debía mantener una relación directa o adecuada con:

- Los líderes territoriales de la Comunidad, como la Junta directiva de la Comunidad, en especial, los vinculados a la salud como el de Asistencia Social.
- Los agentes de salud más socorridos que pueden ser los curanderos o curiosos, las parteras, etc..
- Los promotores de salud como agentes intermediarios del sistema formal, suelen tener un rol importante.
- Las organizaciones funcionales, en especial de las mujeres comprometidas con la salud, como son los Clubes de Madres, Comedores, Comités de Vasos de Leche, etc..

Los agentes o técnicos de otros sectores, en especial los de las iglesias, los profesores, agentes del sector agricultura y municipales.

- A nivel general, están las propias familias, en especial, las madres que pueden ser las mujeres promotoras.

Respecto a los Servicios de Salud, la mejor organización puede ser la que priorizando los sistemas locales, pueda tener una planificación única y organizada que puede ser en el ámbito de un Centro o Unidad de Salud. En este caso, debe existir un sistema de participación desde la familia y la comunidad hasta los servicios de salud, para la mejor marcha de las acciones de salud. Esto será organizado paralelamente y reforzado con el llamado sistema de referencia y contrareferencia. Este sistema se apoya en la organización del sistema de salud por niveles de complejidad recuperativa y preventivo promocional, que va desde el nivel básico del Puesto de Salud comunal pasando por el de Centro de Salud, el Hospital local, el Hospital Regional y los Institutos Nacionales, de mayor complejidad asistencial pero de menor complejidad promocional (que si poseen los Centros de Salud).

Algunos aspectos metodológicos y conceptuales finales

Un problema común entre los que trabajamos en salud es tomar el diagnóstico como la clave o panacea. Pero debemos responder la pregunta de para qué necesitamos el diagnóstico; entendiendo el diagnóstico como un trabajo de conocimiento ordenado de una determinada realidad o problema; dicho en otras palabras, que objetivos tenemos con el diagnóstico. Por ejemplo, si el objetivo es cumplir una exigencia formal o burocrática, el diagnóstico será simplemente la recopilación fría de ciertos datos.

Pero, si nuestro objetivo es mejorar realmente los bajos niveles de salud de una provincia como Paruro o Grau, trataremos de hacer un diagnóstico sinceramente realista y participativo. Por tanto debemos tener la mejor información, datos más fidedignos y trataremos de llegar a analizar las causas probables de esta realidad y sus principales problemas, así como los factores positivos más importantes. O sea, un diagnóstico busca una vinculación de teoría y práctica entre conocimiento y administración. Sin embargo, no es cuestión solamente de buena o mala voluntad. Hay otro aspecto tan importante que es el referente a la Conceptualización de Salud y Enfermedad, es decir que se piensa sobre salud y enfermedad, en cuanto a sus causas, mecanismos y determinaciones.

Al respecto considero que el enfoque social contemporáneo es el que demuestra mejores estatutos científicos criticables y menos especulativos, puesto que, conciben la salud como parte de un proceso dinámico y, a la vez contradictorio. Así se denomina Proceso Salud-Enfermedad. Para explicar la causalidad se coloca en el centro al hombre (y en lo colectivo, a la comunidad y a la sociedad), y se ordenan los factores o componentes de este proceso desde lo general a lo particular, de lo individual a lo colectivo y está la estructura socio-económica, fundamentalmente las relaciones sociales en el trabajo, en la producción. Estas, condicionan que un campesino y una comunidad campesina tengan un perfil determinado de salud y enfermedad diferentes al de un poblador y una urbanización limeña. Así mismo, ubica a los aspectos ideológicos y políticos, como por ejemplo, el papel que juega el Estado en la protección o abandono de la salud de un pueblo al tener un sistema desigual, discriminatorio para los trabajadores, especialmente sin seguridad social.

En el Perú, la corriente de Medicina Social se expresa en diversos trabajos y esfuerzos que nos invitan a seguir reflexionando y actuando a la vez, tratando de integrar los aportes de vertientes como la propia teoría del sistemas, las medicinas paralelas y, en especial, las ciencias sociales, el influjo también de la atención primaria en salud, etc..

Aún más, por su histórica experiencia cultural que constituye una diferenciada vertiente frente al occidente y Europa, posee en su seno sus propios enfoques y teorías que, en el campo de la salud aún no han sido profundizados. Si bien han transcurrido años y siglos de dominación y empobrecimiento en las comunidades andinas, aún perviven elementos de una especial cosmovisión apropiada con su medio geográfico, humano y social, cuyos aspectos positivos debemos rescatar, como por ejemplo las llamadas medicinas tradicionales en especial andinas. Por ellos los técnicos y profesionales comprometivos, así como los líderes comunitarios, en revalorar la capacidad y aportes positivos de nuestra cultura y la participación consciente de las comunidades, para responder al reto de un verdadero desarrollo y regionalización dentro de un Proyecto Nacional para nuestro país.

Notas

- 1 Ponencia, V Congreso Latinoamericano de Medicina Social, Caracas, Venezuela, 1991.
- 2 Médico, Master en Salud Pública, Presidente de la Sociedad Peruana de Salud Pública.

6. ATENCION PRIMARIA O PRIMITIVA? DE SALUD ¹

Mario Testa²

1. Introducción

En otros trabajos hemos recalcado la necesidad de contextualizar los objetos de trabajo. Esa necesidad reaparece en el caso que nos ocupa, lo cual significa que no es posible considerar la atención primaria de salud como un concepto totalizante, con la misma validez en cualquier país y circunstancia. Sin embargo, ese aislamiento conceptual aparece en las formulaciones habituales con que se nos presenta el problema. Aparece así, sobre todo, en lo que los organismos internacionales y las agencias de salud de los países centrales propagandizan como las políticas a desarrollar en todo el mundo para salir definitivamente del subdesarrollo sanitario. Una de esas supuestas políticas de salud es la difundida actualmente como la que nos permitirá acceder a la salud para todos en el mítico año 2.000: la atención primaria.

2. El sistema de salud

La contextualidad de la atención primaria de salud está dada, en primera instancia, por el sistema de salud en que se encuentra inserta. Este sistema es el que concreta la significación de dicha atención en el

nivel de la organización sectorial. Es decir, la atención primaria de salud puede tener un significado abstracto, el que corresponde a su definición ideológica, como la que puede observarse en los documentos de la Organización Mundial de la Salud.

De los diferentes puntos de vista en que pueda considerarse la atención primaria, conviene destacar el que corresponde a su inserción en un sistema de salud y el que entiende la propuesta como un fenómeno aislado.

Para los países donde se ha logrado conformar un sistema de atención de salud, la atención primaria es el eslabón inicial de la cadena de atención, donde se resuelven los problemas de menor dificultad técnica -diagnóstica y terapéutica- y se orientan los restantes a los niveles sucesivos de la cadena. Ello implica una red de establecimiento interconectados por claros procedimientos de referencia y transmisión de la información pertinente que ordenan la circulación interna de los pacientes en el sistema; también implica un ordenamiento territorial regionalizado y un comportamiento social que sigue, más o menos disciplinadamente, las normas de ingreso y circulación. El tipo de atención que se presta en esos establecimientos no implica una disminución de la calidad de la atención; por el contrario, debe tener la calidad necesaria para poder realizar la distribución señalada, de lo contrario, se puede aumentar el riesgo de errores diagnósticos y terapéuticos extemporáneos.

2.1. Calidad y puerta de entrada

Hay varias maneras de considerar el problema de la calidad en la atención primaria de salud, que corresponden a las formas organizativas implementadas en ese nivel de atención, dependientes a su vez de una conceptualización más profunda acerca del proceso salud-enfermedad y de las formas sociales de respuesta frente a los mismos; en síntesis, se trata de la vieja discusión entre los generalistas y los especialistas, en este caso llevada hasta la atención en el nivel más elemental.

El problema consiste en decidir si la atención médica de cualquier paciente debe estar a cargo de generalistas o de especialistas. Planteado en estos términos, no existe una solución única, sino buenas o malas formas organizativas según la opción elegida, y también significaciones

sociales distintas. Lo que importa aquí es tener en cuenta que este nivel de atención es el primer contacto del enfermo -o el sano- con el complejo de servicios que deben estar a su disposición en la medida que ello sea necesario para resolver el problema de salud que presenta, de manera que una mejor forma de conceptualizar este servicio es como puerta de entrada al sistema de servicios de salud.

Si se piensa en la atención primaria como puerta de entrada, es claro que la función que debe cumplirse en ese nivel debe estar a cargo de personal muy bien calificado, para responder adecuadamente a las exigencias de orientación que van a poner a los demandantes en un determinado rumbo dentro del sistema -inclusive definiendo su salida del mismo a partir de ese primer impacto- y aunque ese rumbo pueda ser corregido más adelante; la mala orientación es un costo adicional que grava en forma cuantiosa a todos los servicios de salud.

Las principales opciones organizativas son: la existencia de un médico general que atienda los casos que lleguen al servicio resolviendo los que estén a su alcance y distribuyendo los restantes a las consultas correspondientes según su criterio; la atención por especialistas de nivel primario -pediatra, tocoginecólogo, clínico y cirujano general- a los cuales el paciente accede directamente o a través de un procedimiento de examen preliminar que orienta al diagnóstico hacia los especialistas de primero o segundo nivel sin intentar resolverlo. Cada uno de estos procedimientos globales tiene muchas variantes, pero es claro que cualquiera sea la forma que se adopte existe una exigencia de alta calidad que garantice la puesta en marcha del proceso de atención.

Lo malo de muchas de las soluciones propuestas es que se fundamentan sobre otras consideraciones, dejando de lado las que corresponden a las necesidades de los pacientes. Ello ocurre, en nuestros países, como consecuencia de una doble circunstancia: por una parte por la existencia de servicios diferenciados por distintos grupos sociales, de manera que la discusión no se realiza en torno a la cuestión de los servicios para toda la población sino solo para aquella que se encuentra en situación menos favorecida; en segundo lugar y en estrecha relación con lo anterior, entran las consideraciones de costos, de modo que la atención primaria se diseña como forma de disminuir el gasto social para salud, aunque ello introduzca fuertes ineficiencias en el funcionamiento de todo el sistema.

De modo que existen diversas razones que dificultan la instalación de una atención primaria que sirva a las necesidades de la población. En países que no han conseguido establecer un sistema de esas características, esto es, regionalizado y con un adecuado sistema de referencia, la atención primaria de salud se transforma en atención primaria de salud, en un servicio de segunda categoría para población idem. Y aun admitiendo que es mejor alguna atención que ninguna, no es posible escapar al hecho elemental de que en los países donde no funciona la regionalización ni la referencia, la atención primaria de salud no es la puerta de entrada al sistema de salud -lo cual podría garantizar una asistencia adecuada-, sino el único servicio disponible para la población a la que está destinada. Con esta caracterización, la calidad del servicio prestado en tales condiciones no puede alcanzar el nivel requerido.

El personal que se destina a prestar ese servicio, en los países capitalistas dependientes es, en general, el de menor nivel de capacitación: estudiantes o médicos recién graduados, sin la necesaria experiencia para desempeñar la función que tiene la mayor responsabilidad en el funcionamiento del sistema.

Para empeorar las cosas, desde hace algún tiempo ha avanzado la propuesta de incorporar personal empírico no profesional para cumplir ese cometido, pero solo en algunas regiones periféricas y destinado a grupos sociales -marginales, campesinos pobres- determinados. Aquí existe una deliberada confusión entre la función de algunas alternativas culturales implementadas en muchos países desde tiempo inmemorial -me refiero a curanderos o similares- que no forman parte del sistema de salud en el sentido de puerta de entrada al mismo, sino que constituyen una propuesta alternativa a la medicina tradicional, esa confusión doblemente negativa, al eliminar la posible utilidad de las propuestas alternativas junto con ser una pésima solución para el ingreso al sistema de atención. Sin embargo, se está intentando oficializar esos grupos como la parte informal del sistema formal de salud.

2.2. Sistema social y sistema de salud

De más está señalar que la primera forma de atención primaria de salud funciona en los países de la órbita socialista y en algunos capita-

listas avanzados de régimen socialdemócrata, en tanto que la segunda es la que padecen los países capitalistas subdesarrollados y dependientes.

Un cuadro expresivo de las relaciones señaladas sería de suma utilidad y significación para los estudios comparativos, a partir de una matriz del siguiente tipo:

	SISTEMA ECONOMICO SOCIAL			
	Capitalismo			Socialismo
SISTEMA DE SALUD ↓	Liberal Avanzado	Subdesarr. Dependien.	Democracia Social.	Maduro Reciente
Puerta de entrada				
Circualación				

La diferencia más importante entre países capitalistas y socialistas es la existencia -en los segundos- de un sistema único de salud, es decir, donde todos los servicios reponden a una sola administración. Ello introduce la posibilidad de un tratamiento uniforme de los problemas en todos los niveles y, por consiguiente, de una igualdad de prestaciones y beneficios para el conjunto de la población. Dentro de esta caracterización general existen importantes diferencias entre países socialistas que aquí se categorizan como maduros o recientes. En los primeros, el largo período organizativo condujo a un elevado grado de disciplina social, lo cual permite una normatización importante que permea desde los procedimientos de planificación hasta los comportamientos más o menos espontáneos de la población. En este sentido, la organización del sistema de salud en los países socialistas maduros se aproxima al ideal del socialismo como la administración de las cosas.

En los países socialistas recientes, o mejor aun, que se encuentran en la fase de construcción del socialismo, el sistema de salud presenta algunas variaciones relevantes respecto del socialismo maduro. La principal de esas diferencias es la enorme importancia de la participación popular, la cual cumple con uno de los requerimientos de la fase constructiva, la movilización de la población, al mismo tiempo que facilita el desarrollo de muchas actividades de salud: las campañas el crecimiento de la conciencia sanitaria. Además de esa diferencia principal,

existen otras que dependen de cuestiones no tan ligadas a la fase de desarrollo sociopolítico alcanzando el volumen, capacitación y distribución de fuerza de trabajo y recursos materiales para salud no pueden haber alcanzado su pleno desarrollo, y las condiciones geográficas particulares obligan a adoptar algunas decisiones que pueden reverse cuando las condiciones cambian.

De todos modos, en el socialismo la atención primaria es una verdadera puerta de entrada al sistema de salud, que funciona muy eficazmente en el socialismo maduro y no tanto en el reciente. Existen asimismo normas de circulación interna que presentan esas mismas características de eficacia en uno y otro casos. La estrecha relación de estos hechos con el desarrollo alcanzado dentro de la concepción socialista se explica a través de las formas organizativas intermedias que generan las distintas fases del proceso.

En los países capitalistas lo general para todos ellos es la multiplicidad organizativa: la existencia de más de una institucionalidad subsectorial - en ocasiones muchas más -, lo cual complica el funcionamiento del sector como sistema. Dentro de esa uniformidad existen considerables diferencias, mayores aun que las que se comprueban en el socialismo. Dos ejes permiten ordenar mejor las diferencias: el que corresponde al grado de liberalismo y el que separa los países avanzados de los subdesarrollados.

En el primer eje, que sintetizaremos como liberal en un extremo y socialdemócrata en el otro, las diferencias responden básicamente al grado de respecto por las leyes de la oferta y la demanda, mucho mayor en los países estrictamente liberales, en los cuales el concepto de puerta de entrada no tiene sentido, dado que se entra al sistema por cualquier parte, dependiendo de cual sea la oferta que los agentes a través de los cuales se determina la demanda - los médicos - consideren más conveniente o adecuada para su cliente o para si mismos; en consonancia con esto, tampoco existen normas de circulación interna aplicándose aquí los mismos principios señalados para la entrada. En esas condiciones los grupos de población menos favorecidos enfrentan una situación muy riesgosa cuando no pueden pagar el precio fijado monopólicamente por la oferta, dado que ni siquiera controlan su propia demanda que, como se señaló, está controlado por el mismo grupo oferente.

En el extremo socialdemócrata del mismo eje la situación cambia en forma radical. No existe caos organizativo sectorial sino, por el con-

trario una organización que puede ser múltiple - en general una doble institucionalidad que se concreta en un subsector privado y otro público o semipúblico -, pero que funciona con un elevado grado de eficacia y eficiencia: las puertas y se cumplen tan disciplinadamente como en el socialismo maduro del cual el conjunto del sistema y su funcionamiento se diferencian escasamente.

El otro eje es el correspondiente a desarrollo subdesarrollo. Los países liberales y socialdemócratas se encuentran generalmente ubicados en el primer polo de este eje, de manera que la configuración de ambos ejes en conjunto es asimétrica (una T en lugar de un +) lo cual significa que los países subdesarrollados no son ni liberales a ultranza ni socialdemócratas sino dependientes. Esto apunta - dicho sea de paso- a que la independencia es una condición de aquellas situaciones.

Lo que une a los países liberales y socialdemócratas en su expresión sectorial de salud es la abundancia relativa de recursos, aunque todo lo demás los separe. La combinación de abundancia y organización determina la posición que ocupan los países socialistas, socialdemócratas y liberales en cuanto a los indicadores que señalan el estado de salud de sus poblaciones.

Los países subdesarrollados dependientes carecen de los recursos de los desarrollados y no tienen la disciplina social del socialismo o la socialdemocracia; además, ejercen su dependencia a través de la copia ineficaz de lo que funciona en otros países, en base a otras condiciones globales que así lo determinan. Por eso es que hay muchos tipos de sistemas -formales- en el subdesarrollo, casi todos ellos considerablemente ineficaces.

La ineficacia e ineficiencia de los sistemas de salud en los países subdesarrollados y dependientes se sustenta sobre el tipo de la escasez de recursos, la indisciplina social y la incoherencia entre las formas organizativas y los propósitos que buscan alcanzarse. Además, el sistema de salud es, junto con un terreno de acciones específicas para resolver problemas muy sentidos por el conjunto de la población, una arena donde se debate el conflicto político - la lucha por el poder- y un campo de apropiación de recursos financieros por distintos grupos con intereses muy particulares.

La otra característica común a los países subdesarrollados - la primera es la ineficacia e ineficiencia- es la multiplicidad institucional. Ella es no solo subsectorial, sino que se repite dentro de cada subsector,

de modo que cada servicio se encuentra parcial o totalmente aislado de los restantes.

2.3. Soluciones y fracasos

Los aspectos básicos definitorios de los seudosistemas de salud en los países subdesarrollados dependientes forman parte de la cultura del subdesarrollo, lo que en otro trabajo llamo cultura institucional, pero ello no impide que se intente copiar organizaciones de otros sistemas político sociales, en particular socialistas o socialdemócratas, sin excluir el liberalismo, y no solo secuencialmente sino simultáneamente, con el resultado fácilmente previsible de un notable incremento en todas las características negativas del cúmulo de servicios que se prestan. En estas condiciones la atención primaria de salud solo puede agregar un elemento más de caotización al caos existente. Ello ocurre porque se quiere resolver técnicamente una cuestión que solo puede encontrar un inicio de respuesta en un proceso político, es decir, en un proceso que tome debidamente en cuenta que la discusión es acerca del poder de que dispone cada uno de los grupos sociales en relación con la cuestión. Estas consideraciones nos llevan a reflexionar sobre los intentos que se realizan para resolver los problemas generados en cada situación sociopolítica.

En los países socialistas, socialdemócratas y liberales, esto es, el polo avanzado del eje desarrollo subdesarrollo, las soluciones que se busan a los problemas emergentes consisten en una mezcla de mejor organización y más recursos, insistiendo los países socialistas en el primer término y los liberales en el segundo, aunque ninguno de los dos desprecia el término de segunda instancia. La priorización -más recursos o mejor organización- depende de la circunstancia enfrentada y de la posición más o menos progresista -en el sentido de favorecer a los grupos más desprovistos- de los segmentos dirigentes. La escala iría desde mejorar la organización de la población y su institucionalización en el socialismo reciente, la normatización de los procedimientos en el socialismo maduro, una mezcla de esto último más incremento de recursos en la socialdemocracia, hasta una mayor asignación de financiamiento en el liberalismo. Insistimos en que esta descripción estereotípica admite variantes y altibajos (un país liberal como Inglaterra acen-

túa las cuestiones organizativas, USA impone el Medicare y el Medicaid aunque los desmantela parcialmente durante el gobierno ultrarreaccionario de Reagan, etc.).

Los países subdesarrollados dependientes, tal como hemos dicho antes, copian soluciones organizativas -el aumento de asignación presupuestaria les está parcialmente vedado- que les parecen exitosas o que simplemente son bien propagandizadas por agentes con intereses económicos, desplazándose así entre el centro de salud soviético, el hospital comunitario norteamericano, los médicos descalzos chinos, la policía médica alemana, la medicina socializada, la seguridad social europea u otras propuestas que constituyen sucesivos y reiterados fracasos. La última de esas propuestas en el nivel de atención primaria de salud, es la reactivación del médico de familia, ahora en carácter de especialista en generalidades. Esta propuesta, originada en USA para resolver un problema interno y local de su organización médica, es copiada por los países subdesarrollados y dependientes como si fuera lo que estos necesitan desde el punto de vista técnico para resolver sus problemas de salud.

2.4. Participación de la comunidad

La onda reciente sobre la que asientan todos los procesos es la participación de la comunidad. La introducción de la propuesta participativa surge en la década del cuarenta, por una parte como una necesidad de reforzar los mecanismos de democracia real deteriorados a partir de la crisis mundial entre las dos grandes guerras, y también como una manera de desplazar las responsabilidades crecientes del Estado moderno hacia los ciudadanos. La experiencia de los grass root movements en USA es un importante antecedente para el desarrollo de la propuesta participativa. A partir de ahí, e inducido por esas necesidades y esa experiencia, todos los proyectos que los países centrales impulsan en la periferia contienen esa propuesta. Salud no escapa a estas consideraciones y así surge una variedad de formas de participación, que son sustituidas unas a otras en la medida de su sucesivo fracaso. Nuestro problema es explorar las razones de esos constantes fracasos y también las razones de la insistencia a pesar de los reiterado de los mismos.

Vamos a plantear esta exploración desarrollando la idea del significado de la participación comunitaria según las condiciones en las que

ella surge y se desenvuelve o, lo que es lo mismo, según sus condiciones de abstracción y concreción.

En lo que respecta al surgimiento de la participación, hay dos maneras principales en que ello ocurre: como un proceso nacido desde el conocimiento de las necesidades sufridas y sentidas por la población, junto con el convencimiento de que la acción grupal puede superar los problemas que la acción individual no puede resolver, o como una propuesta o proyecto organizativo de alguna autoridad tendiente a resolver las necesidades señaladas. En el primer caso, el proceso está ligado a toda la vivencia comunitaria y basado en un requisito de intersubjetividad que es origen y resultado de ese proceso: es una cuestión concreta. En el segundo, el proyecto se encuentra fuera del contexto real, lo cual conduce inevitablemente a su fracaso, pues se trata de una simple abstracción.

Porqué entonces la razón de la insistencia? Para algunos realmente convencidos de las indudables ventajas de la participación, la insistencia corresponde a la intención de superar los supuestos errores operativos que en circunstancias previas condujeron al fracaso. Para los más avisados, dicha insistencia no es más que una pantalla de legitimación que cumple parcialmente esa función esencial en el mantenimiento de cualquier sistema social.

2.5. Regiones

Existen otras diferencias internas a los países subdesarrollados, que son las correspondientes a las áreas urbanas y rurales por una parte, centrales y periféricas por otra. Lo que se observa en todos los países subdesarrollados dependientes es una concentración de recursos en las áreas urbanas centrales en primer lugar, disminuyendo bruscamente en el resto para quedar las rurales periféricas -en la práctica- totalmente desprotegidas en la asignación de recursos para las mismas. Las otras regiones intermedias -urbanas periféricas y rurales centrales- presentan situaciones variables pero que están en todos los casos muy alejados de las urbanas centrales. Si a ello se agrega que generalmente existe solo una región urbana central por país, se concluye que el nivel de desprotección de la mayoría de la población es verdaderamente abismal. Además, debe tenerse en cuenta que la desigualdad no es solo

del volumen de recursos comprometidos sino también de la calidad de los mismos.

Todas estas distinciones de significaciones y circunstancias, hacen necesario tomar en cuenta de manera adecuada los marcos referenciales de la investigación.

3. Los grupos sociales

Un segundo aspecto que debe ser considerado, además del sistema de salud, es la constelación de grupos sociales interesados, por razones diversas, en la atención primaria de salud y las razones mismas que su interés. Esta identificación es útil para analizar la viabilidad de los proyectos en discusión y para el diseño de la estrategia de implementación. Las razones del interés pueden ir desde la necesidad de acceder a ciertos servicios para la población destinataria, hasta la de ampliar el mercado de productos farmacéuticos para las empresas productoras de los mismos, pasando por la formación de una clientela política -legitimación- para los responsables de la decisión, o la apropiación del dinero disponible para el financiamiento del servicio por prestatarios o intermediarios.

En principio, los grupos que pueden identificarse como interesados en las cuestiones de salud son los demandantes de servicios -la población- y los oferentes en sus distintas calidades de empresarios, decisores y administradores. Esto establece una primera diferencia entre ambos conjuntos primarios, que se ahonda cuando se consideran los intereses particulares que existen dentro de cada uno de los grupos mencionados.

En el correspondiente a población, las diferencias van a constituirse en relación con las categorías utilizadas en su identificación y también con las especificidades en las mismas (el nivel de conciencia de clase alcanzado, por ejemplo). En el caso de los empresarios, debe diferenciarse entre los que son proveedores de servicios directos a los demandantes -atención de salud- y los proveedores de insumos y equipos (a su vez separados en nacionales y extranjeros) a los primeros, puesto que pueden existir intereses conflictivos, además de que la lógica acumulativa difiere para cada uno de ellos. El grupo de los políticos se enfrentará en lo específicamente político ideológico -derecha, centro, iz-

quiera-, utilizando el terreno de la salud como una arena de contiendas en la lucha por el acceso o la conservación del poder alcanzado. Por último, los administradores también tendrán una conflictividad interna basada en la disputa entre eficacia y eficiencia, siendo defensores de la primera los administradores provenientes del campo médico y de la segunda los que se han formado en el terreno específicamente administrativo.

Además de todas estas diferencias entre los grupos sociales, que crean intereses conflictivos dentro de cada grupo, hay otra fuente de diferencias importantes que complica aun más la ya confusa configuración del cuadro de situación. Se trata de lo que en otros trabajos llamamos conciencia sanitaria³, que consiste en la conceptualización que cada grupo tiene acerca del proceso de salud enfermedad. Este es el elemento central de lo que puede identificar como la ideología sanitaria, la cual, confrontada con la ideología social, constituye el núcleo de la conformación ideológica política en los conflictos que se suscitan a los problemas de salud.

IDEOLOGIA		SOCIAL	
SANITARIA	CLASE DOMINANTE	CLASE DOMINANTE	
		En sí	Para sí
Biologicista			
Ecológica			
Social			

Para la ideología sanitaria biologicista los problemas de salud son individuales y consisten en un apartarse de la normalidad biológica, cualquiera sea el criterio con que esta se defina. La etiología y la patogenia de las enfermedades agotan la cuestión de la causalidad así como definen las formas de respuesta posibles, básicamente mediante la atención a los problemas de enfermedad que presentan las personas: atención médica.

Para la concepción ecológica la salud es un estado de equilibrio con el ambiente, lo cual admite también diversas interpretaciones puesto que puede incorporar el ambiente natural, construido o social,

superando de esa manera la visión puramente individual pero conservando la determinación biológica a través del equilibrio que se realiza en esos términos entre el conjunto de individuos y el ambiente. La respuesta que se genera responde a las variantes que se introducen respecto del modelo anterior, prestándose entonces especial atención a los problemas ambientales.

La visión social implica una determinación de la salud que se incorpora a la determinación de lo social general; es decir, que no se satisface mediante la incorporación de variables sociales en el análisis de los problemas de salud, sino que busca una misma y única explicación para las formas globales del comportamiento social -la economía, la política- y del comportamiento de la salud del conjunto de la población. Esta manera de pensar el problema engloba los niveles de pensamiento biológico y ecológico, adquiriendo una nueva dimensión que incorpora una visión totalizadora de la salud como cuestión social, fijando así un marco adecuado para la investigación de sus problemas particulares.

Por otra parte la ideología social, a partir de la cual se definen las condiciones del conflicto social, completa el cuadro de situación al permitir definir con precisión la ubicación de cada grupo social en ese conflicto con referencia a los problemas de salud. Esta ubicación resulta clave para entender el significado de las propuestas sectoriales, en nuestro caso particular la propuesta de atención primaria de salud según sus diversas definiciones y características, junto con la estrategia para crearles viabilidad. Esa estrategia - o forma particular mediante la cual se implementa una política- se basa en el doble eje de la ideología que marca el cuadro anterior, prestándose entonces especial atención a los problemas ambientales.

La visión social implica una determinación de la salud que se incorpora a la determinación de lo social general; es decir, que no se satisface mediante la incorporación de variables sociales en el análisis de los problemas de salud, sino que busca una misma y única explicación para las formas globales del comportamiento social -la economía, la política- y del comportamiento de la salud del conjunto de la población. Esta manera de pensar el problema engloba los niveles del pensamiento biológico y ecológico, adquiriendo una nueva dimensión que incorpora una visión totalizadora de la salud como cuestión social, fijando así un marco adecuado para la investigación de sus problemas particulares.

Por otra parte la ideología social, a partir de la cual se definen las condiciones del conflicto social, completa el cuadro de situación al permitir definir con precisión, la ubicación de cada grupo social en ese conflicto con referencia a los problemas de salud. Esta ubicación resulta clave para entender el significado de las propuestas sectoriales, en nuestro caso particular el significado de las propuesta sectoriales, en nuestro caso particular la propuesta de atención primaria de salud según sus diversas definiciones y características, junto con la estrategia para crearles viabilidad. Esta estrategia - o forma particular mediante la cual se implementa una política- se basa en el doble eje de la ideología que marca el cuadro anterior.

4. La tecnología

Una tercera cuestión a considerar es el tipo de tecnología que se aplica en la atención primaria de salud. Dada la notoriedad que ha adquirido últimamente el término, parece necesario intentar el esclarecimiento de sus connotaciones técnicas y sociales. Desde el punto de vista técnico, la tecnología consiste en la organización del complejo de recursos que se destinan al cumplimiento de una determinada tarea; es decir, no se trata solamente de las maquinarias que entran en la composición del instrumento que se aplica para trabajar - que es la interpretación habitual del término,- sino del ordenamiento que reciben los diversos instrumentos de trabajo para el procesamiento de los materiales de trabajo. En este ordenamiento, la forma organizativa misma es parte de la tecnología precisamente la parte que da significación social a la misma, lo cual es la segunda connotación señalada al comienzo de este párrafo.

Cuando se habla de tecnología no se hace referencia a otra cosa que al proceso de trabajo; también los egipcios de la segunda dinastía utilizaban una tecnología para construir las pirámides y para cultivar los cereales que les permitieron crear una civilización pujante. Porque entonces la insistencia en el término? A mi entender, se trata de destacar el enorme desarrollo que ha tenido la sofisticación de las máquinas en los países avanzados, lo cual viene a sustituir lo que hasta hace unos pocos años era el énfasis en los recursos humanos. Hablar de tecnología en los países subdesarrollados dependientes es equivalente a seña-

lar la necesidad de modernización, una de cuyas consecuencias es la creciente composición orgánica del capital, con sus conocidas repercusiones sobre el empleo y la disminución de la tasa de ganancias.

La creciente composición orgánica del capital -una de las características del acelerado desarrollo tecnológico actual- conduce a una disminución del empleo -para un mismo nivel de producción- por una parte, y a una reorganización del proceso de trabajo, por otra. Lo que debe destacarse aquí es que estos cambios son liderados -en el sector salud lo mismo que en otros sectores de la economía- por el desarrollo de las máquinas, del cual pasa a depender centralmente la forma organizativa que se adopte.

En el campo de salud las consecuencias van a ser dobles, afectando por una parte al proceso de trabajo médico -en particular las relaciones internas del equipo de trabajo- y por otra la relación entre ese proceso y los pacientes de los servicios -en particular la relación médico-paciente-.

Lo que generalmente ocurre es que la incorporación de nueva tecnología redefine la labor del supuesto equipo concentrando aun más los conocimientos técnicos en manos de los médicos, lo cual fortalece el poder de los mismos sobre el resto del personal, que aparece cada vez más como personal auxiliar, derrotando así la noción de equipo.

En cuanto a la relación médico paciente, se observa también un cambio importante al encontrarse cada vez más intermediada por la parafernalia electrónica que se interpone en el diálogo necesario entre los actores principales de ese proceso. El diálogo queda reducido a un monólogo, a un discurso médico que nadie entiende, ni siquiera el que lo pronuncia.

Se observan importantes diferencias también en esto, sobre todo si se considera simultáneamente con la subsectorización, es decir, si el servicio es prestado por el subsector público, privado o intermediado por la seguridad social u otro procedimiento de financiamiento. Las diferencias pueden presentarse de varias maneras; en algunos casos se llega a una gran sofisticación instrumental (en regiones urbanas centrales donde el servicio es prestado por el subsector privado y financiado por un sistema de seguros también privado, por ejemplo), frente a otros casos que hemos calificado más arriba como primitivos.

Pero la diferencia principal se encuentra seguramente en la parte de la tecnología organizativa, sobre todo en lo que respecta al tipo de

personal con que van a contar esos servicios. Aquí también van a surgir considerables problemas, debidos a las diferentes conceptualizaciones existentes y a las consecuencias de todo tipo que pueden derivarse por la implementación de las mismas. Lo que está implícito en esta discusión remite de nuevo a la noción de equipo y la del tipo de personal asistencial retornando al enfoque de los recursos humanos -fuerza de trabajo-, para el cual también se hacen sucesivas propuestas (la actual en los círculos internacionales dominantes es la del médico de familia). Su matriz de análisis tendría el aspecto siguiente:

	TECNOLOGIA		
	FISICA		ORGANIZATIVA
SUBSECTOR	Adecuada	Sofisticada	
Público			
Privado			
Seguridad Social			

5. Tecnología y democracia

Los aspectos discutidos hasta aquí, a pesar de su apariencia técnica, son de extrema importancia en cuanto a la relación que tienen los servicios de salud con una concepción global de sociedad. Si se quiere vivir en una sociedad democrática - entendiendo por democracia algo más que votar de vez en cuando y ser iguales ante la ley -, los servicios de salud deben ser también democráticos, lo cual significa que deben tomarse en cuenta las relaciones hacia adentro y hacia afuera de los servicios.

La democratización interna de la organización sanitaria es, a mi juicio, uno de los eslabones imprescindibles para la transformación del sector salud en un sistema organizativo que se encuentre realmente al servicio del conjunto de la población. En las condiciones del subdesarrollo dependiente esto es una necesidad imperiosa debido a la relación que existe entre eficacia técnica y estímulo participativo- podríamos haber dicho entre eficacia técnica y eficacia política -, en una fase del desarrollo que requiere la superación del individualismo para confor-

mar un ideal social que permita atravesar los escollos que se presentan para la construcción de la sociedad.

En cualquier situación de crecimiento se requiere de un estímulo que desencadene el proceso correspondiente. El estímulo puede ser de muy diverso tipo según la especificidad del caso; cuando se trata de crecimiento biológico es necesario un complejo de circunstancias ambientales - las cuales en alguna interpretación son entendidas como agresiones: la presencia de bacterias, por ejemplo- para lograr el desarrollo de ciertos órganos y funciones.

Cuando se trata de la sociedad, en especial de una sociedad que necesita crecer en sentido cuantitativo y cualitativo, el mejor estímulo - tal vez el único- que puede desencadenar y sostener el proceso de crecimiento y desarrollo es la participación mayoritaria y real de la población en los diversos ámbitos y circunstancias en que esa participación es posible y necesaria. El estímulo participativo establece en consecuencia un vínculo estrecho entre eficacia operativa y democracia.

Para poner un solo ejemplo: el equipo de salud tiene una función de conjunto que puede verse desde sus determinaciones técnicas; la aplicación de las capacidades específicas de cada uno de los integrantes del equipo a la resolución de la parte correspondiente del problema común; esa función técnica debe cumplirse siempre, pero en la interpretación tecnocrática de la noción de equipo ello se traduce en una microorganización jerarquizada burocráticamente y dirigida por una autoridad dominante (por lo general el médico), lo cual le confiere una significación política particular: la de aumentar la tendencia creciente hacia la burocratización del conjunto de la sociedad.

La relación entre salud y sociedad tiene múltiples expresiones, una de las cuales es la que existe entre el equipo de salud y la organización de la población. En ese sentido hay que considerar la doble significación de la democratización interna al equipo salud: 1) como condición necesaria de la eficacia operativa en el quehacer específico sectorial y 2) como creación de las condiciones que posibiliten la construcción de la democracia en la sociedad global.

6. Conclusión

Lo más importante a dilucidar con respecto a la atención primaria de salud es si se trata de una atención primaria o primitiva, es decir, si sus establecimientos conforman o no parte de la red asistencial. Esto no depende de una definición legal del establecimiento en cuestión, sino del derecho real del usuario a acceder a toda la red asistencial. En tal sentido, más efectivo que la declaración de la existencia de una red regionalizada y con procedimientos de referencia - declaración formal vigente en todos los países del continente- es el mecanismo de financiamiento que es el que ordena subsectorialmente al sector. Ese ordenamiento se realiza a partir de la circulación de los fondos con punto de partida en los grupos sociales que los originan, los que los canalizan, y aquellos a quienes están destinados. Estas redes de circulación determinan la conformación organizativa subsectorial a través de la homogeneidad o heterogeneidad de los grupos que intervienen en cada nudo de la red. Además, interviene otro componente que son las interrelaciones entre las tres subredes generadas, las cuales se concretan en los porcentajes de financiamiento originados en un subsector que van a cubrir necesidades de servicios en cada uno de ellos. Su cuadro de relaciones aparece a continuación:

	COBERTURA		
FINANCIAMIENTO	Público	Privado	Seguridad Social
Público			
Privado			
Seguridad Social			

En cada casillero aparecería la parte correspondiente al financiamiento de cada subsector que proviene de fondos generados por cada subsector. Lo grave es que los servicios de cobertura pública, destinados a la población de menores recursos, son los únicos que no reciben fondos de los otros subsectores, siendo por el contrario los fondos públicos una de las fuentes importantes para los servicios privados o de la seguridad social.

Las relaciones entre la legalidad formal del sistema de salud y sus formas de financiamiento deben ser estudiadas a fondo en cada circunstancia concreta, tanto para cada uno de los subsectores que lo conforman como para los lazos múltiples que los interrelacionan. El esclarecimiento de esto en sus instancias formales e informales es la pieza central de la significación que puede adquirir la atención primaria de salud en relación a la seguridad social. La categoría que puede permitir ese esclarecimiento es la accesibilidad, entendida como el complejo de circunstancias de todo tipo que viabilizan la entrada y circulación de cada paciente dentro de la red interconectada de los servicios en sus diferentes niveles de complejidad.

La importancia de la relación entre formas de financiamiento y legalidad es doble. En algunas circunstancias la legislación sanciona una situación de hecho, es decir, reconoce como legítima esa situación y en ese caso la ley se cumple siempre. En otras circunstancias la ley intenta modificar la situación o el comportamiento vigentes y entonces se cumplirá solo si las fuerzas sociales interesadas en el sector tienen una disposición favorable al proyecto- o sea si la fuerza y la voluntad de jugarla en la lucha política de los grupos que están de acuerdo con el proyecto es mayor que la de los que están en contra- lo cual significa que la ley no cumple aquí un papel legitimador, sino un papel movilizador de los grupos que deben dar la batalla por la legitimación buscada.

En definitiva, la verdadera significación de la atención primaria de salud deberá tomar en consideración todos los elementos señalados pero vistos desde una conceptualización totalizante: la contextualidad en el sistema de salud, el interés, participación e ideología de los grupos sociales en relación con el sector, la tecnología en los diversos subsectores de salud y, sobre todo, las relaciones que estos componentes en conjunto mantienen con la sociedad global y su inserción en los conflictos y luchas de la misma.

Notas

- 1 Tomado de: *Pensar en Salud*, Editorial Lugar, Buenos Aires, Argentina, 1993.
- 2 Médico, Funcionario de OPS/OMS, Washington DC.
- 3 Véase Testa M., Díaz Polanco J., Goldfeld R., Vera S., *Estructura de poder en el sector salud*. Caracas, CENDES, 1982, informe de investigación.

Capítulo V

LA SALUD COMUNITARIA MAS ALLA DE LAS HIPOTESIS

Aproximación teórica

Las comunidades marginales de América Andina históricamente han reproducido la influencia de dos prácticas sanitarias, por un lado la implementada por los estados mediante la ejecución centralizada de sus políticas oficiales, cuyo referente teórico se ha venido perfeccionando desde la llegada de Europa, la constitución de la República hasta nuestros días, de otro lado, permanece latente entre las comunidades indígenas su propio sistema de salud, cuyo referente estructural se origina desde la génesis del hombre andino en la prehistoria y conforme ha transcurrido el tiempo se ha ido modificando, readaptándose, contemporizándose, pero siempre manteniendo su identidad cultural y garantizando su vigencia como unidad sistemática y funcional (1).

Producto de esta influencia se ha constituido una trama ideológica que ha determinado la conformación de espacios en el dominio del saber (2), así: Un saber médico científico formal, cuyo estatuto teórico abarca toda la dinámica de las prácticas médicas oficiales sean curativas o preventivas, un saber médico tradicional sustentado en la cultura milenaria y que está constituido por prácticas sanitarias que resuelven la situación de salud comunitaria y un saber popular en salud que es consecuencia de las dos formas de saber y que se constituye en la expresión de los pueblos, en la disciplina sanitaria, constituyéndose en la primera instancia del tratamiento o comportamiento de los núcleos organizados, sea familiar o comunitario, al que acuden para resolver los problemas de salud individual o colectiva.

En los últimos años los Estados reconocen la existencia de conocimientos, recursos terapéuticos, agentes de salud, prácticas cotidianas en las comunidades, pero los programas que se desarrollan se proponen integrar a los sistemas no formales, subordinándolos e incorporándolos a la pirámide de complejidad institucional; esta unilateral-

dad en el abordaje del problema ha sido la causa fundamental de la polarización en el desarrollo de los sistemas de salud.

De estos antecedentes, se puede identificar claramente la existencia de un sistema de salud comunitario, no formal, cuya práctica sanitaria constituye la vivencia proyectiva de la cultura social en defensa de su integridad, que está constituida en la totalidad que va desde la concepción del hombre en su medio, produciendo bienes de consumo familiar y comunitario, reproduciendo y potencializando su educación y saber, fortaleciendo su organización en la diaria participación en la sociedad, teniendo como eje de sustentación la solidaridad, reciprocidad, redistribución y complementariedad, elementos que le permiten coherencia en su funcionamiento autónomo (3). Sistema “no formal” que a nuestro entender se halla sólidamente constituido por elementos indispensables que le otorgan la característica sistemática y que son válidos tanto en la esfera preventiva como en la práctica curativa. En estos dos campos de la salud comunitaria, el sistema dispone de recursos tanto humanos como materiales, además posee un sustento ideológico y político que le garantiza su supervivencia y proyección histórica.

El sistema así definido está integrado por dos prácticas concretas:

- a. La medicina preventiva o autodefensa se expresa en hechos muy puntuales como el aislamiento del enfermo en casos de epidemia. Las costumbres tradicionales respecto a la higiene personal, las formas de protección contra agentes climáticos, nocivos, las prácticas tradicionales de eliminación de excretas, las prácticas de construcción de vivienda frente a las características climáticas y geográficas, la permanencia de normas culturales fijadas, que se constituyen en mecanismos de defensa, por ejemplo los amuletos que alejan enfermedades. Finalmente la permanencia de patrones tradicionales de nutrición.
- b. Las prácticas curativas conexas con las preventivas sustentadas en tres niveles de realización y dotadas de recursos diagnósticos y terapéuticos y redes sociales de comunicación.
 - b.1. Prácticas *shamánicas* de tipo globalizante son el centro de la cohesión cultural, se trata de terapias comunitarias, basadas en poderes

energéticos cósmicos mediadas por rituales ejecutados por los sabios o amautas de cada región.

- b.2. Impartidas por agentes intermedios de salud, sean estos tradicionales o institucionales, este nivel se constituye entre lo Shamánico o mágico-mítico y el saber popular (médico de runas, sobadores, parteras, etc.) de un lado; y, entre el modelo de atención institucional y el saber colectivo por otro.
- b.3. Prácticas curativas por expertos fitoterapeutas; y, prácticas de automedicación y terapias familiares.

Problematización

Las nuevas modalidades que ha adoptado la organización no formal de nuestra sociedad, las formas de micronización social que mantienen dentro de su estructura microespacios de poder, han desbordado definitivamente los modelos centralizadores del Estado moderno (4).

La situación de salud asumida desde esta óptica ha ido perdiendo vigencia histórica y dando paso a prácticas autónomas que nacen y se perfeccionan en núcleos sociales afines y se materializan mediante engranajes sociales comunitarios, intercomunitario, familiar, individual, etc.

De este análisis nace la necesidad de dar impulso a una nueva forma de gestión social en salud y no existe otra alternativa que no sea dentro de los sistemas comunitarios de salud, espacios en los cuales confluyen tres saberes (5) que guardan paralelismo, de cuya utilización social obtendremos la alternativa de la política sanitaria para sectores marginales de nuestro contexto Latinoamericano.

Hipótesis

Las limitaciones del Estado para cumplir con el mandato constitucional de otorgar a las comunidades los derechos inalienables como son: Un adecuado nivel de vida, educación, vivienda, seguridad ciudadana, bienestar social y cobertura de salud a los sectores marginales y

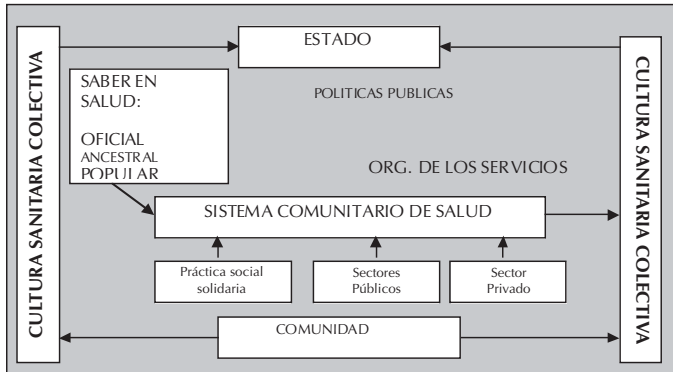
entre ellos a los pueblos indígenas de la región Andina, serán superados mediante la implementación y desarrollo compartido del “Sistema Comunitario de Salud”. Entendido este, como la totalidad de la vida del hombre y su relación con la naturaleza, mismo que se materializa en formas de producción, distribución y consumo comunitario, generando prácticas organizativas de carácter público no estatal en lo administrativo y modelos de índole social o distribución equitativa del excedente económico. Posibilitando llegar a consolidar un sistema autogestionario de desarrollo ligado a las prácticas y costumbres de buen vivir en comunidad.

El Sistema Comunitario de Salud SCS, se ubica en un escenario propicio que debe ser motivo de consideración en la práctica sanitaria que ejecutan los Estados y su vinculación con la vivencia de actividades de carácter público no estatal. Es decir que no dependen de la lógica organizativa ni la dinámica del Estado “aparato” tal cual hoy existe, sino, en calidad de una acumulación del saber que deviene en la memoria social se manifiestan prácticas orgánicas administrativas que deben ser potenciadas porque se hallan presentes en la organización social, constituyéndose en engranajes de comunicación y negociación con el Estado.

Este modelo de organización local, de carácter descentralizado, horizontal y participativo, garantiza la eficiencia, efectividad, equidad y sustentabilidad deseada.

De otro lado, la redistribución de la producción comunitaria se halla organizada sobre la base de la equidad, es decir, de acuerdo a sus capacidades y necesidades, esta costumbre comunitaria permite establecer un modelo de empresas privadas de carácter social redistributivo, cuyo excedente se comparta en la comunidad satisfaciendo sus necesidades, garantizando de un lado el autoabastecimiento y aportando en términos cooperativos el intercambio, incrementando el capital social.

Gráfico explicativo



Objetivos generales

- Dar impulso al sistema comunitario de salud como parte del proyecto de desarrollo estructural en las comunidades indígenas y urbano periféricas de América Latina, propiciando la acción compartida con la redes oficiales de salud como mecanismo que resuelva los problemas sanitarios nacionales y de la región.
- Crear una cultura colectiva mediante la activa participación de las organizaciones rurales y urbano-periféricas, involucradas en el proyecto.

Objetivos específicos

- a. Desarrollar el sistema comunitario de salud en sus componentes preventivo, curativo, de educación, investigación-acción y participación.
- b. Garantizar el desarrollo de niveles jerárquicos, compartidos y armonizados de los niveles dentro del sistema. De agentes de salud tradicional intermedios y de salud familiar y comunitaria como sustento del sistema.

- c. Desarrollo de prácticas preventivas, de saneamiento ambiental y defensa ecológica.
- d. Propender al manejo eficiente y adecuado de los recursos compartidos del sistema.
- e. Vincula a este sistema en el desarrollo tecnológico, mediante el acceso al sistema mecanizado.
- f. Viabilizar la acción participativa entre producción, educación y salud.
- g. Mantener niveles de información y coordinación entre las regiones de trabajo como mecanismos de evaluación longitudinal y transversal del proyecto.

Metas

- Lograr el desarrollo global de la propuesta optimizando la integración: educación, producción, salud.
- Consolidación del Sistema Comunitario de Salud en las regiones que asuman y sean reconocidas como tales.
- Creación de una escuela de formación y capacitación de agentes de salud y médicos en cada región de trabajo en doble dirección.
- Creción, y/o adecuación de los “Jambi-Huasi” Causai Huasi o consultorios del sistema pluralista en cada comunidad.
- Disminuir los índices de morbimortalidad comunitaria específica.
- Garantizar la cobertura de saneamiento ambiental de las comunidades blanco.

Ejecución

Fundamentado en la programación participativa en las unidades de trabajo local se propone el funcionamiento de cuatro subsistemas:

- a. Subsistema Pluralista que comprende los programas de:
 - a.1. Atención médica pluralista
 - a.2. Formación y capacitación de Agentes de Salud
 - a.3. Colectivizar prácticas de terapia familiar

- b. Subsistemas de saneamiento y defensa ecológica con los siguientes programas:
 - b.1. Educación en salud colectiva (audiovisual y radiofónica)
 - b.2. Tratamiento de aguas
 - b.3. Eliminación de excretas
 - b.4. Saneamiento de viviendas
 - b.5. Recuperación de ecosistemas
 - b.6. Desarrollo de tecnologías bio-naturales
 - b.7. Oposición a la contaminación ambiental y destrucción de la naturaleza.

- c. Subsistemas fitoterapéuticos y de nutrición que abarca los siguientes programas:
 - c.1. Producción, comercialización y consumo de plantas medicinales y alimenticias.
 - c.2. Estudio de principios activos, vegetales y minerales y elaboración de cuadros básicos (cooperación interinstitucional con centros especializados)
 - c. 3. Dietas estandarizadas.
 - c.4. Difusión de la cultura nutricional

- d. Subsistema de Investigación-Participación Social

- d.1. Investigación Científico Médica (cultural).
- d.2. Investigación Bioquímica-Farmacológica
- d.3. Investigación Operativa
- d.4. Participación en movilizaciones, mingas, ritos, fiestas, rome-
rías, procesiones, asambleas, etc.

Bibliografía

MUÑOZ BERNAND, C.

1986 "Enfermedad, daño e ideología", *Antropología Médica los Renacientes de Pindilig*, pp. 179-200 Ediciones Abya-Yala, Quito.

PEDERSEN, D.

1988 "Curanderos, divinidades, santos y doctores", *Elementos para el análisis de los sistemas médicos* pp. 12-16. Mimeo Lima.

MURRA, J.

1980 "La organización económica del Estado Inca", pp. 176-262. Siglo XXI Editores.

FIALLO, C.

1988 "Encuentro multidisciplinario sobre plantas tradicionales y medicina tradicional indígena", pp. 12-16 Mimeo. Junio.

PEDERSEN D.

s/f Op. cit., pp. 12-16

KROEGER, A., y BARBIRA, F.

1984 "Cambio cultural y salud", pp. 28-30. Ediciones Mundo Shuar, Quito.

QUIJANO A.

1990 *Modernidad e Identidad*. Editorial El Conejo, Quito.

Capítulo VI

SHAMANISMO, MATRIZ DE LAS MEDICINAS COMUNITARIAS EN AMERIKA INDIGENA

En los años recientes se habla mucho de Shamanismo desde varios puntos de vista, sea Antropológico, Sociológico, Histórico, etc., inclusive dentro del mundo indio, como que desentrañar este elemento aparentemente nuevo, ha sacudido conciencias y posiciones, no es raro que incluso se autocalifiquen como Shamanes o Curacas depositarios del saber alternativo que salvará a los runas.

Sin pretender hacer de sabelotodo, creo indispensable dar una explicación del significado de la simbología Shamánica, su vigencia, proyección y básicamente su estructura cómo matriz de las medicinas ancestrales, comunitarias en nuestros países con poblaciones indígenas y mestizas, cuya configuración arquetípica posee códigos Shamánicos.

“El Shamán o Chamán, mago o hechicero que realiza actos mágico-religiosos, caracterizados por el dominio de la técnica del éxtasis y orientados primordialmente a la curandería y adivinación. “Es la acepción de los diccionarios comerciales”.

Dentro de los cultos milenarios el Shamanismo es una concepción o vivencia extendida en todos los puntos del globo terrestre, con mejores dotes de profundidad entre las culturas ancestrales Amerindias.

Los runas lo llaman Yachac-Tayta o Jambi-Yachac, deriva del verbo quichua Yachana que significa saber. El Yachac puede ser ubicado en el complejo Sahamanístico Panamazónico. Metraux (1949) ha señalado que el Shamán es la figura religiosa central en la mayor parte de Sudamérica.

El Shamán, el excitado, el exaltado ha sido ubicado en el siglo XVII por los exploradores rusos de la Siberia y el término parece autóctono en ese medio. Hemos visto que este tipo es el más corriente en Polinesia, en la India Meridional, en Africa, en Asia Septentrional, etc.. El Shamanismo auténtico ha sido revelado entre los Boro Boro de Brasil, los Shiris, Quichuas y Jíbaros de Ecuador, los Arcuna de Venezuela, los Quichuas de Perú y Bolivia, los Mapuches de Chile, las comuni-

dades indígenas del norte de Argentina, los Yuma de Arizona, los Tungit de Alaska, las comunidades indígenas de México y Mesoamérica. Es decir, que es un leguaje que homogeneiza al continente americano.

A pesar de no ser común en nuestro medio la presencia femenina en estas funciones mágicas por la creencia de que ellas temen enfrentarse a los retos que cada ceremonia exige, podemos sostener que en América existe Shamanismo femenino y su poder se arraiga con más fuerza a los mandatos y códigos rituales.

Mircea Eliade¹ 1951 dice: “Todas las observaciones y los análisis que se han podido acumular a este respecto son particularmente preciosos: ellos nos muestran en cierta manera sobre lo vivo las repercusiones, al interior de la Psique, de aquello que hemos llamado **la dialéctica de las Jerofanías**: La separación radical entre lo profano y lo sagrado, la ruptura de lo real que resulta de ello”.

El Shamanismo en su sentido estricto es por excelencia un fenómeno religioso siberiano, centro asiático y americano.

El Shamán es el mago, hombre-medicina-curación-muerte, y puede operar milagros. El puede ser también sacerdote, místico, poeta. Eso no quiere decir que sea el único y sólo manipulador de lo sagrado, ni que la actividad religiosa sea totalmente absorbida por él, en muchas de las comunidades el sacerdote oficial, coexiste con el Shamán, sin contar que todo jefe de familia es también jefe del culto doméstico. Por otra parte, la presencia de un complejo Shamánico en una zona cualquiera no implica que la vida mágico-religiosa de tal o cual comunidad sea cristalizada alrededor del shamanismo. Generalmente ésta en su condición de práctica iniciática, pluralista y de mediación coexiste con otras formas de magia y religión.

En cuanto a las técnicas Shamánicas del éxtasis ellas no agotan todas las variedades de la experiencia testimonial en la historia de las religiones y en la etnología religiosa: no se puede considerar pues no importa que extático sea un Shamán, éste es el especialista de un trance, durante el cual su alma está facultada de quitar al cuerpo para emprender conexiones con el más allá.

Sobre todo dice M. Eliade, que los Shamanes son seres que se singularizan en el seno de sus sociedades respectivas. Es decir, que sería mejor fundado en colocar el Shamanismo entre lo místico que de lado de aquellos que uno denomina habitualmente “Religión”.

El Shamán es también una figura ambigua, aunque se preocupe del diagnóstico y cura de los males de origen místico para beneficio de su familia y comunidad, puede aprovechar los poderes de los elementos que amenazan las delimitaciones conceptuales.

Puede ser hechicero y amenazar el orden político de la comunidad, puede controlar espíritus y otros elementos silvestres confundiendo la oposición establecida, civilizado-salvaje y finalmente puede relacionarse con las almas demarcando la distinción entre vivos y muertos.

Entre los quichuas norandino el rol que ocupa el Shamán es múltiple y abarca todas las áreas del conocimiento humano entre las que se halla el continuo salud-enfermedad. Es el sabio que media la relación hombre tanto como individuo familia y comunidad en todas las fases de su convivir con las fuerzas naturales, es el consejero elegido para las actividades productivas, de redistribución, prácticas educativas en el sentido tradicional de mantener la cohesión grupal a través de la tradición oral y lenguaje, se preocupa del establecimiento de una red de poder mágico-mítico intercomunitario e interétnico, y en ciertos casos, media con el poder real del Estado y sus formas de gestión.

De otro lado es el responsable de la constitución, fortalecimiento y proyección de la red de sabios, que no es otra cosa que una escuela iniciática de aprendizaje y perfeccionamiento de los elegidos, para lo cual deben seguir un largo proceso de conocimiento, observación y someterse disciplinariamente a los ritos de iniciación en los lugares que los mantienen secretamente protegidos y que se hallan provistos de magnetismo y energías propias para sus actividades de equilibradores sociales.

El proceso que va desde la observación, preparación, iniciación, permanencia y dentro del mundo místico el trabajo diario al servicio de la perfección de su sacralidad, va promocionando a los aprendices e iniciadores a los superiores grados de maestría Shamánica con poderes para ejercer su mandato. Este proceso tan complejo y que requiere de un estudio profundo le ubica a la ritualidad cultural de América como Sociedades mediadas por la religiosidad, mito y sacralidad, que se flexibilizan con todo tipo de creencias y doctrinas demostrando niveles de tolerancia básicos, estos elementos serían imposible de mantenerlos y comprenderlos desde el mundo profano.

Las principales vías de reclutamiento de los candidatos a Shamán o Shamanes son:

- a) La transmisión hereditaria
- b) La vocación espontánea, el llamado o la elección y
- c) El dictamen sagrado mediante mensajes enviados a través de ciertos elementos que hacen de mediadores, como sueños o revelaciones.

Cualquiera que haya sido el método de selección, un Shamán no es reconocido como tal sino después de haber sido iniciado ya sea con métodos extáticos o de tradición mítica-simbólica (técnicas, acciones de espíritus y colecciones mágicas, lenguaje secreto, simbolismo y alegorías de reconocimiento de la ubicación en su escala formativa. En síntesis, todo el proceso de iniciación en el mundo sagrado, y en este sentido existe analogía con los procesos formativos de Shamanes en otras dimensiones y latitudes del universo.

En el Oriente ecuatoriano, los jóvenes aprendices de shamán como parte de la ceremonia de iniciación se los envía solos a la selva en búsqueda de la “visión” en la que debe encontrar sus espíritus. Previamente debe tomar un estimulante (jugo de tabaco por la nariz).

El Shamán empieza a sentirse cómodo en su mediación entre lo humano y lo divino, este equilibrio no es alcanzado con facilidad, sino mediante la vida iniciática que de ahí en adelante debe llevar el Shamán.

Mircea Eliade, sostiene que se puede notar en varias circunstancias la esencia iniciática de la “muerte” del candidato, seguida de su “resurrección” bajo cualquier forma que ella se presente: Sueño extático, mensaje simbólico, acontecimiento insólito o ritual propiamente dicho.

En efecto, las ceremonias que implican el paso de una forma de vida a otra, o la admisión en una “sociedad secreta” cualquiera, presupone siempre una serie de ritos que pueden resumirse en la fórmula: muerte en el mundo profano y resurrección en la vida iniciática. Se puede citar algunos ejemplos:

- 1. En Australia, Melanesia y Africa, los candidatos deben recluirse en la maleza (símbolo del más allá) y existencia larvaria a manera de los muertos.
- 2. Inhumación simbólica en el templo o la casa de los fetiches (Congo, Nueva Guinea).

3. Descenso simbólico a los infiernos (Africa Oriental).
4. Sueños hipnóticos (América del Norte).
5. Muerte y resurrección en la Francmasonería Universal.
6. Enfrentar desafíos de agresiones físicas por tiempo determinado (Comunidades Indígenas de América del Sur).

Durante el curso de la iniciación, el futuro Shamán debe aprender el lenguaje secreto que el utilizará durante las ceremonias para comunicarse con los espíritus de la naturaleza sean animados o inanimados. En nuestros casos con el sol, la luna, las estrellas, las montañas, los nevados, los animales, los santos y más divinidades de varias religiones, invocan a áreas geográficas de poder magnético y cósmico, en síntesis se apropian del mundo mediante el lenguaje, la simbología y esoterismo shamánicas.

Esta lengua secreta o forma de comunicación, el iniciado aprende o es revelada por un maestro o Shamán instructor que le transmite ritualísticamente sus poderes para que vaya alcanzando la sabiduría deseada.

El lenguaje de comunicación con la naturaleza puede ser expresado en forma de oración o mediante cánticos, según la problemática a resolverse.

No resulta raro que el lenguaje Shamánico totemise ciertos elementos del reino animal, entregándolos poderes de protección del mundo profano, es común tanto en pueblos de Europa, Asia, Africa y América el simbolismo totémico del águila como una divinidad que protege a comunidades regionales (México, Alemania), luego pueden observarse tótems vegetales sobre todo tipo de plantas que en forma coincidencial tienen poderes curativos. Además podrían señalarse la totemización del viento, las nubes, el agua, el trueno, el fuego. Todos ellos tienen su relación simbólica, puesto que mantiene relaciones con los movimientos astrales. En consecuencia el Shamán posee profundos conocimientos sobre astrología, condición que los convierte en sabios, consejeros, que predicen el futuro de la humanidad.

Otro elemento que guarda un lugar preponderante en el mundo Shamánico es el árbol cósmico o axis mundi de preferencia en los pueblos indios de Sudamérica donde aparece con múltiples variantes en

distintos ámbitos de sus componentes culturales, así: entre los Toba, familia Guaycurú del Chaco Argentino² este símbolo aparece como el eje que articula los tres planos del universo actuando como canal o pasaje de un plano a otro. El cielo, la tierra y las profundidades, contando cada uno de ellos con subdivisiones varias. La tierra es el hábitat del hombre, y entre los quichuas es la Pacha Mama, motivo y consecuencia de su vida, de cuyas entrañas proviene toda la humanidad.

En el nivel superior o cielo se ubican elementos que complementan la vida como el sol, las nubes, la lluvia.

El plano de las profundidades o subterráneo es el lugar donde habitan seres extraños relacionados con la muerte o sitios por donde circulan maleficios y enfermedades.

Es posible que en los sueños iniciáticos de los futuros Shamanes compartan un viaje místico al centro del mundo, a la sede del árbol cósmico y del señor universal. La significación de ese simbolismo pasa de ser la comunicación entre el cielo y la tierra por medio del árbol del mundo es decir por medio del “centro del mundo”.³

El traje Shamánico constituye en sí mismo una jerofanía y una cosmografía religiosa, el revela no solamente una presencia sagrada, sino también símbolos cósmicos. El traje representa en sí un microcosmos espiritual cualitativamente diferente del espacio profano. Por una parte el constituye un sistema simbólico casi completo, por otra esta impregnado por la consagración de fuerzas espirituales, el Shamán trasciende el espacio profano y se prepara a entrar en contacto con el mundo espiritual.

El poder Shamánico, cósmico, universal y totalizador que ha logrado dominar el “centro del mundo” y toda la jerofanía que explican una estructura dualista de las antiguas mitologías lunares, demuestra su dominio sobre oposiciones entre contrarios, posibles destrucciones y creaciones, cimentando un saber que retorna en beneficio de su autoperfección. En este nivel de avance, especialización y maestría, está en condiciones de compartir su sabiduría con su propia comunidad de quien se siente el enviado para protegerla de las malas energías y potencializar lo bueno y lo perfecto.

Empero, una de las funciones de mayor importancia del Shamán es la curación de enfermedades, dentro del sistema comunitario, configurando una red de poder energético que pervive en Indoamérica y que es motivo de nuestro motivo.

Según Ackerknecht, los métodos y técnicas de curación Shamánica son similares en toda Sudamérica y dice: desde las islas del Caribe hasta la Tierra de Fuego, el tratamiento o los ritos de cura son notoriamente uniformes. El procedimiento clásico es:

1. Fumigación del paciente con humo de tabaco emanado del cigarro del Shamán, acompañado del canto.
2. Estado de trance mediante una bebida estimulante que puede ser un alucinógeno.
3. Masaje y chapado, acompañado a menudo por ruidos desarticulados, escupido terminando con la extracción de un objeto.
4. Aplicación externa o interna de hierbas y otras drogas.

En cuanto a las causas de los males (enfermedades) a nivel universal puede establecerse un patrón entorno a una serie de elementos hacia los cuales dirige sus poderes para prevenirlo, para curarlo o para hacer justicia en defensa de su protegido, y estas son:

1. Los accidentes visibles
2. La transgresión de un tabú, código o prohibición sagrada
3. La mala sangre
4. El terror causado por la aparición de algún objeto raro
5. Envenenamiento o hechizo realizado por otro Shamán.
6. La pérdida del alma
7. La profanación de lugares sagrados
8. La introducción de un elemento extraño.

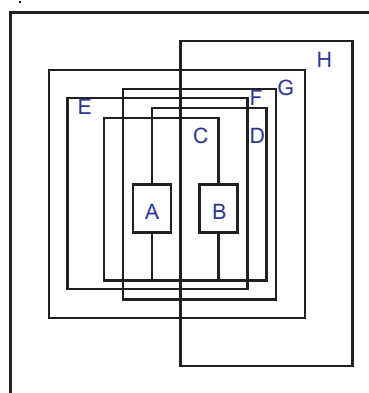
Lo importante es demostrar que cada causa nociva tiene su contra ya sea preventivo o curativo, recurso al cual tienen acceso solamente quienes mediante su preparación alcanzaron la maestría Shamánica y espiritualmente están facultados a ejercer sus poderes.

La organización de las redes de poder Shamánico tiene una dinámica propia, existiendo una delimitación de áreas geográficas para cada individuo. Sin embargo, están permitidos los canales de referencia de actividades o en ciertos casos especiales las juntas de Shamanes o consejos de sabios para resolver determinados problemas que implique su participación.

En el caso de la curación de enfermos, la situación es parecida, cada núcleo familiar o comunitario tiene plena libertad de escoger su sanador sin que se produzcan interferencias interpotenciales en los casos que exista la participación de varios Shamanes. de igual forma es imperativo destacar que este es un claro ejemplo del ejercicio de un sistema abierto, puesto que es flexible tanto en su dinámica interna, cuanto ha coexistir o compartir con la medicina institucional de los Estados, con quienes ha desarrollado un sincretismo médico cultural desde el mismo momento que estos dos tipos de saberes y prácticas han contactado.

Axel Kroeger, estudioso de las prácticas sanitarias en la comunidad oriental de Ecuador y Perú, establece una demarcación de áreas Shamánicas tomando como referente el principio de la Caja China, modelo gráfico de la distribución jerárquica del poder de los sanadores de acuerdo a su área de influencia.

Otro elemento destacable es la forma de incorporación a esta práctica a sus vecinos colonos, ubicándolos y permitiendo que se potencialicen los sistemas Shamánicos entre las poblaciones mestizas, como sucede en el Alto Amazonas y en los Andes según experiencias de Kroeger.



A-B: áreas protegidas de los shamanes de baja jerarquía	C-D: áreas de influencia que se superponen a las áreas de influencia de otros shamanes	E-F: áreas de dos shamanes de mas alto nivel, que se superponen una con otra. Ambos son maestros de A Y B.	G: shamán adivino de alta jerarquía que está fuera de los límites de áreas y puede ser consultado directamente
H: otros shamanes adivinos con alta jerarquía	Dos individuos no podrían reconocer y usar el mismo shamán	G: siempre será un observador externo	

protegidas de los shamanes de baja jerarquía

C-D: áreas de influencia que se superponen a las áreas de influencia de otros shamanes

E-F: áreas de dos shamanes de mas alto nivel que se superponen una con otra. Ambos son maestros de A Y B.

G: shamán adivino de alta jerarquía que está fuera de los límites de áreas y puede ser consultado directamente.

H: otros

Dos individuos

G: siempre será un observador externo



TAYTA MARCOS GUERRERO

Depositario del saber ancestral en salud

Lo que a continuación describo no es un análisis antropológico de caso, ni un esfuerzo por dotar de contenido científico racionalista, a la experiencia de una amistad que va para los quince años con este Shamán centenario de la comunidad de La Calera del Cantón Cotacachi en la provincia de Imbabura del norte del Ecuador.

Al finalizar la década de los setenta, en el afán de reivindicar los derechos de los campesinos indios, ubicamos al problema de la salud como crítico y decidimos crear una posta médica que se movilizara a las comunidades indígenas aledañas del Cantón Cotacachi. Sin embargo lo hacíamos desde la mirada de brindar cobertura médica recuperadora de las enfermedades de las comunidades bajo nuestra influencia. Esta práctica sin duda abrió muchas interrogantes que modificaron sustancialmente nuestro quehacer. Y fue en una de estas prácticas innovadoras que descubrimos la existencia del gran médico de runas o Jamby-Yachac, maestro del Shamanismo norandino de Ecuador.

Fue admirable su apertura al enterarse que se vinculaba con los médicos de los blancos, y no puso ningún obstáculo en aceptar nuestra presencia en sus ceremonias curativas que cada vez daban mejores resultados ligados a nuestra metodología de trabajo.

Poco a poco fuimos entendiendo que la ligazón del hombre con el cosmos se veía fortalecida a través de la mediación de su Shamán reconocido que de allí en adelante recorrió junto con nosotros por varias regiones del país, exteriorizando un mensaje que solamente el y quienes lo recibieron lo saben, pero que en todo caso se constituye en factor de cohesión cultural. Una vez fortalecidas las relaciones con este representante pleno de la cultura andina esta práctica se fue generalizando y Taita Marcos hasta hoy se ha constituido en el símbolo del Shamanismo nacional, tras el han ido todos los académicos del saber: Antropólogos, Sociólogos, Filósofos, Historiadores, Cineastas, representantes de religiones variadas como protestantes, católicos, taoístas, yogas, maestros del Zén, Astrólogos, miembros de sociedades secretas y no han fal-

tado políticos de todas las tendencias que han visitado o han hecho algún contacto con las prácticas ritualísticas de este Shamán. A todos ellos a dado apertura mediante su saber persuasivo dando siempre satisfacción y explicaciones de sus actividades y prácticas al interior de su raza y nacionalidad. Más de una vez ha sido protagonista de videos y películas exhibidas en varios países de igual manera ha viajado a países vecinos donde ha compartido su saber milenario con estudiosos y académicos pero fundamentalmente a compartido con los pueblos indios a quienes ha transmitido su mensaje.

En varias ceremonias curativas, por pedido del taita fui solicitado ser su ayudante, a lo cual acepte con agrado, porque dentro de mi sentí una fuerza que me ubicó dentro de la dinámica de la ceremonia dándome una sensación de especial distinción. Por dos hechos básicos: por la formación de médico en ejercicio académico de la práctica curativa y por ser profano ante un ritual iniciático como suelen ser las prácticas de comunicación con el mundo sagrado, espiritual del shamanismo.

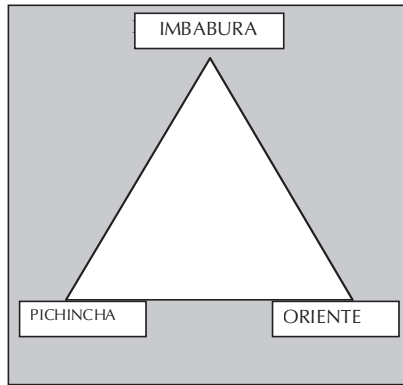
A continuación quiero destacar el rol que cumple este maestro Shamán en su comunidad: en primer lugar su papel mediador, consejero y protector de la cultura, lo demuestra la ubicación que el mantiene en la periferia esto es dentro y fuera, guardando el equilibrio de la comunidad y sus componentes, ver gráfico.

De otro lado su relación es global y la mantiene particularmente con los individuos componentes así como con la o las comunidades enteras. Demostrando con ello que su condición rebasa las fronteras demarcadas culturalmente, por ello Taita Marcos esta facultado para rituar en cualquier región del país o donde el lo desee.

Otro elemento preponderante en la vida Shamánica de Ecuador Andino expresado en la figura de Taita Marcos es el triángulo energético localizado como centro de poder energético en sus ceremonias para ello cabe denotar la ventaja de la ubicación del Ecuador en el centro del universo. De esta manera existen tres lugares invocados y son los sitios donde en forma periódica visita con el propósito de recuperar la energía gastada en cada rito. Estos lugares son la zona del volcán Imbabura, Santo Domingo de los Colorados y el Oriente Ecuatoriano. Cabe anotar que estas son zonas de diferente ecología, la primera es de altura y páramo las otras dos son subtropicos. Los tres en su conjunto son lugares habitados por grupos étnicos nativos de estas zonas. En el primero los quichuas de Imbabura, en el segundo los Tsáchila o Colorados y

en el tercero los quichuas del oriente y otras comunidades de la zona de Yumbos.

Triángulo hermético del poder shamánico en Ecuador



Este triángulo geográfico es invocado por la mayoría de Shamanes del país, elemento que de alguna manera los relaciona con la universalidad de las sociedades iniciáticas mediante el simbolismo que representa la triada y el número tres.



TAYTA JOSE MARIA CALAPI

Discípulo de tayta Marcos

Sincretismo entre lo Shamánico, Cómico y la Religiosidad

La relación simétrica existente entre el sistema abierto cósmico y la religiosidad se puede detectar mediante los siguientes elementos, invocaciones y prácticas, así:

- Relación con los astros, montes, ríos, el arco iris, fuentes naturales como Rosas Pogyo y San Juan Pogyo (Imbabura).
- Invocación al ave mítica protectora, el Cóndor de los Andes.
- Relación con la cultura Inca al invocar al Inti Taytico (padre sol) y demás divinidades venidas del sur en la conquista de los Incas. Y de la cultura norandina preincaica mediante la utilización de piezas arqueológicas de obsidiana y otros metales especiales.
- Relación con la religión judeocristiana cuando invoca a Jesús del Gran Poder (Quito), a la Virgen de Agua Santa de Baños (Tungurahua) y a la María Magdalenita, esta última se halla en la vivienda de Taita Marcos, que es un especie de templo múltiple, lugar de rito, plegaria y terapias.

Se puede evidenciar el uso de múltiples figuras arqueológicas, talismanes y otros objetos que son colocados en la llamada mesa ritual que no es otra cosa que un mantel de tela colocado en el suelo todos estos elementos son portados por el Tayta y sus ayudantes a todas partes donde es necesaria su presencia.

Puede verse además el uso de plantas ceremoniales que pueden ser además medicinales o alucinógenos como el Guanto (floripondio), el San Pedro (cacto sagrado de las culturas andinas) y el Ayahuasca (banisteriopsis caapi) entre los sanadores de la región amazónica.

Es importante el uso del fuego purificador además la existencia de licores de marcas preferidas por él, flores, colonias y perfumes, frutas y más alimentos para compartir el momento de la ceremonia. A esto se suma la presencia de medicamentos de la Farmacopea oficial en el caso de curaciones individuales.

El proceso terapéutico

Existe una etapa previa de invocación y llamado a sus divinidades o espíritus benefactores. Una vez que le han otorgado el poder solicitado empieza la curación mediante la siguiente metódica:

- Frotamiento con los talismanes y demás elementos de la mesa.

- Soplo con el humo del tabaco
- Soplo con alcohol y encendido en llamas rápidamente apagadas
- Incorporación de terapéutica oficial por ejemplo analgésico o antibióticos si el caso y el acuerdo con el médico institucional y con la terapéutica adecuada que éste lo prescriba.
- Invocación del momento del cambio que debe ejercitar el paciente en su beneficio apartándolo y protegiéndolo de los males.
- Succión de las áreas corporales afectadas.
- Consejos directos y prohibiciones que deben cumplirse rigurosamente.
- Romper mortaja en los casos necesarios para que el paciente no muera.
- Referencia donde el médico de blancos si es necesario o donde otro Shamán específico.
- Recomendar al paciente que este proceso debe repetirse las veces que sean necesarias.
- Pago por la acción curativa en cada caso.
- Consejos y recomendaciones a los parientes o allegados sobre la necesidad de mantener y preservar el ambiente de la comunidad.
- Termina la ceremonia solicitando facultades para dar la bendición cristiana conocida.

Luego se levanta la mesa y se arrojan los materiales utilizados en un sitio lejano de preferencia una quebrada bastante aislada.

Por lo general se ha consumido mutuamente entre el sanador, el paciente y demás acompañantes todas las bebidas solicitadas para la cura de tal manera que puede constituirse en una embriaguez generalizada.

La presente narración terapéutica es una de las múltiples variedades de ritos que Taita Marcos ejecuta de acuerdo a cada tipo de problema considerando su rol de protector de la comunidad y la cultura.

No obstante es necesario puntualizar que existen ocasiones donde la terapia debe ser colectiva y, comunidades enteras se someten al ritual en busca de cambios positivos y protección en el futuro.

En síntesis, coherente con mi apreciación del ejercicio del poder de Taita Marcos en el mundo iniciático quichua norandino, el ha creado su escuela formativa de Shamanes, imparte capacitación y guía a los que tienen vocación, se opone a que se desvirtúe el sentido espiritual y sagrado que aquellos individuos que han optado por alcanzar los augustos misterios del Shamanismo ingresando a un nuevo mundo por el bien de la humanidad. El ha transferido el poder no solamente a indígenas sino también mediante su profundo conocimiento persuasivo ha iniciado a Shamanes blancos y mestizos quienes deben seguir por el sendero de la perfección espiritual, proyectando de esta manera un saber que es eterno y que se transmite y vive en la cultura Indoamericana.

Para él y para quienes revalorizan la sacralidad de nuestra cultura por la solidaridad y el amor a la humanidad, mi profunda admiración.



MAMA GLORIA RUALES

Sanadora urbana

Y fue durante el año 98 cuando en el camino por fortalecer la lucha en defensa de la salud, buscando la convergencia entre las prácticas médicas ancestrales, alternativas y complementarias, entre las que se halla la medicina tradicional, apareció con luz propia Doña Gloria, quien ejerce su actividad sanadora en la capital de la República, centro histórico, barrio la Tola. Ella, cree con seguridad, es la depositaria de la sabiduría sagrada de Cochasquí. Ciudad arqueológica de

gran importancia para Ecuador y el mundo, situada a 40 kilómetros al norte de Quito, constituida por 14 pirámides en proceso de restauración, seguramente monumento de las poblaciones pre-incas que habitaron la región Quito Cara, de los Shiris.

Los Amautas, Taita Pedro, Taita Lucho, Taita Gaspar, Mama Rosa, todos ellos transmitieron su poder a esta mujer Shamana que desarrolla su quehacer entre el centro de Quito y la Parroquia rural de Cochasquí, donde ella se nutre de la energía cósmica para hacer el bien a la humanidad que acude en busca de ayuda y sanación.

Formó parte de la cadena Shamánica con Taita Marcos Guerrero, fallecido en 1.993, con su sucesor Taita José María Calapi, también fallecido y con varios curanderos y sanadores aún hoy mantiene viva relación.

Su mirada múltiple y diversa se manifiesta en sus terapias totales, posee un cúmulo de conocimientos terapéuticos que van desde la botánica médica regional, la utilización de minerales y animales, así como el estudio e interpretación de la Astrología y Alquimia Tántricas ligadas a los elementos vitales: aire, agua, tierra y fuego. Es también muy conocedora de la religiosidad andina.

Su área física de trabajo es un templo múltiple de jerofanía y liturgia continua, con mayor actividad los días martes y viernes, estos son los mas propicios dentro de la ritualidad ancestral.

El conocimiento eterno de los andes aflora en las predicciones, mandatos y profecías de Mama Gloria, ella advirtió el comportamiento telúrico de los volcanes Guagua Pichincha y Tungurahua y su real significado y dimensión en 1.999.

Ella predijo mi peregrinaje a la ciudad mágica de Tulla del Estado de Hidalgo, México en 1.999, de donde fui portador del saludo recíproco de la civilización del divino Quetzalcoath, Dios de los Toltecas.

Ante ella acuden creyentes y no creyentes, católicos y protestantes, políticos, autoridades de gobierno, artistas, entre otros, buscando mitigar sus angustias y dificultades. Ella ha mediado con las fuerzas espirituales y naturales buscando la armonía deseada, ha realizado limpias de la ciudad. Participa, en ceremonias colectivas de Sanación buscando la buena energía de la naturaleza. Identifica con claridad al Gran Shamán del Universo, Cristo, como el Dios hacedor del mundo.

Conoce y se inscribe con seguridad en la red del sistema no formal (Comunitario) de salud, practica formas de referencia y contrarreferencia con la medicina oficial.

Entre las actividades sanatorias podemos precisar las siguientes:

1. Ceremonia Terapéutica
 - 1.1. Baño Energético
 - 1.2. Apertura de Chacras mediante incienso.
 - 1.3. Prescripción y enseñanza.
2. Limpieza y Sanación de Viviendas y otros ambientes.
3. Ceremonias de fin de año, Solsticios y equinoccios.
4. Lectura de la vela y el tabaco.

En esta búsqueda común con la mujer Amauta, continuaremos por el camino de los Cóndores de los milenarios Andes.



SOLEDAD YUPA

Discipula de Mama Gloria

Etiología, nosología, diagnóstico y terapéutica ancestrales

El común denominador de las medicinas ancestrales es la mirada global, integral y total del cuerpo humano en su relación con la naturaleza, mismo que tiene dos componentes fundamentales: El microcosmos u organismo interno en relación armónica con la naturaleza cósmica, energética. Por tanto, cualquier alteración de esta armonía será causa de enfermedad. De igual manera no se conciben patolo-

gías parciales que afecten a los sistemas del cuerpo humano. El desequilibrio de la armonía deviene en enfermedad global de la estructura física, mental y espiritual.

El macrocosmos constituye lo que denominamos hábitat y allí se destacan el espacio geográfico, el clima, altitud, las relaciones astrales desde la concepción de cada conglomerado social.

Esta afirmación tiene validez dentro del origen de las seis civilizaciones universales, así: Indoeuropea, Egipcia, Etrusca, China, Andina o Shiry-Inca y Maya-Azteca.

La estructura orgánica está determinada por los 4 elementos componentes: Aire, Tierra, Agua y Fuego. Con poquísima variación algunas de ellas añaden o cambian a uno de los elementos así, la civilización indoaria y su medicina Ayurvédica añade el elemento éter. La Acupuntura china define a sus 5 elementos: Agua, Fuego, Tierra, Madera y Metal.

La medicina ancestral de México y Centroamérica Maya-Azteca, y la andina de los Shiris e Incas y sus ancestros, han demostrado a sus generaciones sucesivas que su referente esta adherido plenamente a las fuerzas vitales de la naturaleza, pues su ritualidad y veneración a la madre tierra, a los dioses del fuego, agua y al aire o energía vital, son evidentes.

Etiología

ARMONIA ENTRE MICRO Y MACROCOSMOS EN VARIAS CULTURAS					
ALQUIMIA (PARACELSO)	HINDU (AYURVEDA)	ANDINA (SHIRY-INCA)	CHINA (TRADIC.)	MEXICANA (MAYA-AZTECA)	MED. OCCIDENTAL (ALOPATIA)
FISICO	CUERPO	KAI	YIN	TONALLI	FISICO
ASTRAL	MENTE	HANAN	YANG	TEYOLIA	MENTAL
DIVINO	ESPIRITU	UCU	TAO	IHIYOTL	SOCIAL
AIRE	ETER	HUAYRA	MADERA	AIRE	ORGANISMO Y AMBIENTE
AGUA	AIRE	YACU	METAL	AGUA	
TIERRA	TIERRA	ALLPA	TIERRA	TIERRA	
FUEGO	AGUA	NINA	AGUA	FUEGO	
	FUEGO		FUEGO		

Fuente y elaboración: El Autor

Esta dada por la transgresión de la armonía entre la unidad humana (mente, cuerpo y espíritu) con la naturaleza cósmica.

De esta manera, el conocimiento ancestral no concibe división en la unidad fundamental del ser, por ello, tampoco concibe enfermedades parciales de órganos, sistemas o aparatos. Por el contrario, la descripción es del individuo como totalidad en su relación armónica con la naturaleza.

Al finalizar este capítulo, que creo yo señalan el camino de la organización sanitaria de las mayorías marginales de nuestros países, debo reconocer los valiosos aportes que significan en esta convergencia de intenciones los trabajos de varios investigadores de nuestras culturas ligadas a prácticas sanitarias y entre ellos están profesionales multidisciplinarios, cuan multidisciplinaria es y debe ser la salud bajo la mirada integral.

Desde Alaska y Canadá hasta la Tierra de Fuego hoy en día se habla de las prácticas médico-sanitarias alternativas, cuya base es el saber tradicional y cultural, al mismo que en gran parte de países han optado por reconocerlo, potenciarlo, creando nexos y espacios de coexistencia y apoyo mutuo. Pienso que es el momento propicio para sensibilizar la conciencia planetaria en esta dirección, mecanismo que aparte de servir de ayuda al cuidado de la salud y la vida será un fuerte elemento de engranaje en la búsqueda de la sociedad ideal

Nota

- 1 Eliade, M. *Histoire des croyances et des idées religieuses*, Payot edit. París 1.976

Capítulo VII

LOS SISTEMAS DE SALUD PLAUSIBLES, CONSTRUYENDO NUESTRA IDENTIDAD

Los capítulos precedentes son el soporte del argumento de la propuesta de los sistemas de salud en América Latina. Sin embargo hasta el momento no he hablado sobre la base de sustentación con detalle puesto que a parte de la comunidad como organización social alternativa vigente, es la sociedad entera quien deberá sostener un saber cultural, práctico y educativo en salud, en otros términos, la cultura sanitaria colectiva es crear la base de lo comunitario en salud. Para ello, se exponen los documentos reproducidos en este libro como experiencias en varios países, a ello se suman estudios realizados en esta perspectiva y que son aportes a la tesis propuesta.

Es preciso señalar que para tratar a fondo las bases de la disciplina sanitaria en la comunidad se deben ubicar las limitaciones de mayor cuantía a la implementación de los programas de Atención Primaria en Salud, que llevan más de 20 años en nuestros Ministerios, a ello debe sumarse la crítica para reorientar la política de los sistemas locales de salud SILOS y los procesos de reforma de los sectores de salud en la región, estas son estrategias multilaterales, interpaíses, acogidas por la OPS/OMS, en calidad de organismo técnico consultor para nuestros países.

Limitaciones de la atención primaria en salud (APS)

No se han cumplido en lo sustancial los postulados trazados en ALMA-ATA 1978, es decir, no obstante las intenciones de nuestros gobiernos, los resultados han sido desalentadores. Esto lo reflejan varias evaluaciones realizadas sobre Salud Rural y APS. En América Latina. Sobre ello los elementos más críticos pueden considerarse:

- Restricción del gasto social en Salud con énfasis en la comunidad.

- Dificultades de accesibilidad en las áreas geográficas donde se hallan las unidades operativas.
- Dificultad en el desarrollo compartido de los sistemas culturalmente distintos.
- Fracaso en la percepción de la existencia de los sistemas de salud comunitarios.
- Poco prestigio del ejercicio de la práctica médica en las áreas rurales.
- Falta de participación social de las comunidades por la verticalidad del método de gestión del estado.
- Fracaso para garantizar entrega de servicios a menores costos.
- Competencia de la medicina tradicional con las prácticas oficiales.
- Exceso de centralización de los programa operativos.
- Falta de evaluación y retroalimentación de los programas.
- Dificultad en los mecanismos de referencia y contrarreferencia de pacientes.
- Todos estos elementos considerados críticos les ubican a los programas de atención primaria de salud como sistemas cerrados en vías de obsolescencia por la falta de eficacia, y equidad. Por ello deben replantearse sustancialmente estos programas mediante la búsqueda de la excelencia en la capacitación del personal que trabaja en las áreas rurales y urbano-periféricas. Esto es a los médicos rurales, a quienes desde el nivel formativo deben impartirse cátedras como historias y cultura nacionales, antropología, salud comunitaria, epidemiología, que sean parte de una unidad docente de salud pública que permita transformar la apreciación del rol del médico, la enfermera, el odontólogo, etc. y demás personal de salud frente a la comunidad.

De otro lado es indispensable reconsiderar la formación y reclutamiento de promotores de salud para incorporarlos a los programas,

proceso que ha desvinculado al líder comunitario y distorsiona los niveles de integración de tal manera que vuelve lleno de subjetividad y verticalidad aislado de la vivencia cotidiana en comunidad.

Sobre ello se ha escrito mucho a parte de existir múltiples evaluaciones, creemos que es hora de tomar decisiones cruciales que superen todos los equívocos en beneficio de coberturas eficientes portadoras de un alto contenido de equidad y oportunidad.

Crítica a los sistemas locales de salud (SILOS)

No obstante ser un proyecto progresista que trata básicamente de lograr cambios en los sistemas de salud de los países mediante: la descentralización y desconcentración, la participación comunitaria, la readecuación de los mecanismos de financiamiento, el desarrollo de un nuevo modelo de atención en salud, el refuerzo de la capacidad administrativa, la investigación entre los componentes sobresalientes. En otros términos busca por todos los medios encontrar una armonía entre las políticas de ajuste económico diseñadas para nuestros países y la cobertura de servicios de salud a las mayorías. En lo básico y sustancial no resuelve el problema crítico del sector salud, pero se constituye en un espacio en el cual pueden proponerse, tanto políticas alternativas que nazcan dentro de la comunidad, haciendo uso del postulado de participación, circunstancia esta que si generará cambios fundamentales tanto en la concepción como en la ejecución de programas. Empero, la participación a más de ser un término discursivo, este se vuelve de difícil aplicación fundamentalmente por la diversidad en la estructura comunitaria y en los medios unilaterales de ejecución, puesto que estos carecen de la idoneidad deseada.

Es diferente la participación institucionalizada, o en otros términos forzada a pesar de existir programación burocrática y centralizada, esta seguirá siendo la dinámica de un sistema cerrado y vertical que no encaja por ningún lado con la estructura organizativa de la comunidad andina, la cual, según se dijo en el capítulo cuarto es y puede aportar cambios a los sistemas oficiales toda vez que sus bases de operación son la descentralidad, la diversidad, la solidaridad y la participación.

Entonces, de lo que se trata no es de “apoderarse” de lo comunitario, sino a la inversa, entregar a la comunidad todos los insumos pa-

ra potencializar su organicidad, sin incorporarlo de esta manera a la decantada pirámide de complejidad de los planificadores de antaño.

De otro lado se trata de revalorizar y compartir la sabiduría comunitaria mediante el fomento de esta nueva visión de la participación social. Ello, indudablemente crea las bases sólidas para proyectar tesis de solidaridad social, redistribución, refinanciamiento cooperativo y pago de costos por parte de la comunidad. Es decir, permitirle que la organización comunitaria resuelva sus propios problemas que en término figurados, históricamente eso ya ha sucedido.

En tal sentido, la propuesta de los sistemas comunitarios de salud planteada anteriormente es complementaria a la estrategia de los SI-LOS.

La Reforma sectorial de salud en la región

A partir de la cumbre presidencial de 1.994 reunida en Miami, se inicia con énfasis en nuestros países, procesos de reformas del sector salud, encaminados a implementar soluciones a este sector tan deteriorado hasta entonces.

Este proceso se enmarca directamente en la tendencia planetaria de la globalización de la economía. Para la región de las Américas y el Caribe se financia con fondos de la cooperación externa provenientes de las políticas de inversión de los organismos financieros como el World Bank, el BID, la USAID, entre otros.

Lo digno de precisar es la coincidencia entre los postulados económicos de estos organismos y la tendencia hacia la recuperación de costos, de riesgo compartido y compra y venta de servicios, con preponderancia del sector privado o en su defecto, imprimiendo una dinámica empresarial privada a las instituciones del Estado, reducido a su mínima expresión para entonces.

No obstante el impulso multisectorial desplegado en nuestros países, las evaluaciones de este proceso son desalentadoras, básicamente por el impacto social que significa para las mayorías marginadas de estos servicios.

Lo Público y lo privado en salud

Esta relación debe esclarecerse porque aparece forzosamente cuando se habla de cobertura de salud en las actuales circunstancias, toda vez que el sector salud parte de los frentes sociales de los Estados, se debaten entre procesos de tendencias como: la transformación productiva con equidad de la CEPAL y la liberación de las economías como tesis neoliberal, las dos juntas definen los dictámenes de los organismos financieros internacionales con claras reglas de juego para el sector salud de nuestros países (analizadas en el capítulo II). Es necesario que la propuesta de los sistemas comunitarios de salud definan y diseñen su propia estrategia en beneficio propio lo cual les permitirá subsistir en un terreno no muy conocido hasta hoy.

La comunidad andina en su organización interna y en el engranaje con la oficialidad estatal, va creando espacios político administrativos propios, los cuales podrían ser considerados de acuerdo a la tesis de Aníbal Quijano, como públicos no estatales* en consecuencia no burocráticos y francamente desconcentrados y descentralizados. Esta condición le permite a la comunidad manejarse autárquicamente, tener o adquirir poder real de decisión frente a las políticas del estado, potenciar y cohesionar la cultura y la identidad en cada país y en la región. En definitiva es un mecanismo de participación social múltiple de acuerdo al reordenamiento de las fuerzas sociales condicionadas por la modernidad. Esta dinámica también fortalece a los organismos seccionales los cuales pueden tener mejor acceso a las poblaciones, agilitando su relación en doble sentido, desde hacia ellas.

Una vez definido un modelo político-organizativo de la comunidad y el estado, mediante el fortalecimiento de este nexo que ha existido siempre, pero no considerado dentro de una posición de fortalecimiento y transformación de los sistemas estatales desgastados. Esto se nota con mayor claridad en los países tardocapitalistas, cuya dinámica económica y social han forzado al Estado a reformarse y ejercitar cambios en su base estructural, en el ámbito económico de la sociedad, precisando los equívocos de las dos tendencias en juego pendular en América Latina, esto es; la contradicción entre libre mercado o neoliberalismo y hoy, transformación productiva con equidad o propuesta social demócrata, es necesario señalar que las dos han fracasado al enfrentar el grave problema de la marginalidad tanto en el campo como

en la ciudad. Los dos modelos han sido excesivamente racionalistas en la definición de los espacios comunitarios, se ha tratado de medir y planificar en base de proyecciones estadísticas y fórmulas matemáticas pecando de subjetivismo y adoptando esquemas aparentemente alternativos cuya base es el discurso de recetas que resultaron deficientes en la historia de los países. En tal sentido podríamos ejemplificar hoy en día la moda de los mapas de pobreza crítica, se habla por otro lado de pobreza extrema, se han establecido redes comunitarias, sin embargo todas ellas obedecen a estereotipos de las tecnoburocracias para fortalecer esquemas fracasados en otros medios, esto es evidente cuando se diseñan proyectos paralelos y se dispendian recursos en la búsqueda de una clientela cada vez más incrédula, porque no pasan de ser oleadas de demagogia coyuntural, de reparto y de disputa de espacios de trabajo y justificación de cargos. No es raro que en la misma institución existan varios programas destinados a los mismos sectores pero inconexos tanto a nivel técnico-administrativo cuanto operativo.

El modelo de participación social que llevan dentro de sí los sistemas comunitarios de salud están ligados directamente a la producción, consumo y distribución recíproca, es decir son esencialmente equitativos y permiten la racionalización del gasto siempre y cuando se fortalezca la autonomía de gestión administrativa, y se de paso al fomento de la economía privada de carácter social redistributivo. En otras palabras desarrollar los espacios privados de beneficio social cuyo excedente se reinvierta en la comunidad, la misma que estará en condiciones de solventar los costos y gastos sociales propios dentro de los que se halla el componente salud.

Este esquema tiene dentro de sí varias formas institucionales de organización como las cooperativas, corporaciones de producción, distribución e intercambio, la industria comunitaria en todas las líneas de bienes y servicios, etc..

Este proyecto cuyo sustento es esencialmente comunitario participativo es congruente con los requerimientos de los organismos internacionales de apoyo financiero, por ello deben ser considerados si se pretende resolver el problema de los llamados sectores marginales.

De otro lado, posibilita el verdadero proceso de integración económica en cada uno de los países y en el contexto regional puesto que permite fomentar métodos innovadores productivos, el aprendizaje y

difusión de tecnologías mediante la intensificación y ampliación de las relaciones entre empresas, sectores e instituciones.

Finalmente un sector de la economía social privada fortalecido a más de garantizar el autoabastecimiento y la competitividad en el mercado interno y externo, se va incorporando con legitimidad en los niveles de toma de decisiones para enfrentar los problemas comunes en unidad de esfuerzo.

Al Estado moderno le corresponde redefinir la participación social mediante la representatividad de la organización comunitaria, única forma de lograr la gobernabilidad deseada.

Identidad y salud

Para hablar de identidad cabe llegar a la consideración de que la salud es la religión del hombre libre. Y ello para explicar la enfermedad como consecuencia del encadenamiento monetarista del ser humano, sometido a los límites de su resistencia física, mental y espiritual, obligado por la fuerza a alejarse de la naturaleza, entristecido y cautivo del mercado que impone precios a todos los valores humanos, por tanto, la realización en términos de satisfacción de necesidades tiene costo, mismo que fluctúa acorde con la “oferta y demanda”.

Sin embargo, las leyes de la economía de mercado y su racionalidad se quedan cortas al tratar de someter a las comunidades, pues allí impera otra lógica, otro sentido, otra armonía, que son mucho mas que la frialdad numérica de las cifras macro o micro, parámetros consumistas contemporáneos.

Definir nuestra identidad en el ámbito sanitario tiene que ver con el proceso armónico del hombre con su hábitat, ello quiere decir que la unidad cuerpo, mente y espíritu deben mantener armonía con la naturaleza y para este fin, debe existir realización plena en esta relación, situación que en nuestros medios sociales se halla distante, dependiendo directamente de la calidad de vida y disfrute del bienestar social y económico.

Sin embargo en espera de lograr la utopía del bienestar anhelado, nuestra identidad debe ser concebida en términos de autonomía en la organización, planificación, ejecución y control de nuestros sistemas de servicios de salud, considerando que lo que tenemos es producto del

desarrollo histórico de nuestras comunidades donde perviven y confluyen varios y diversos componentes humanos, étnicos, raciales que **configuran nuestra matriz genético ancestral**. Por tanto es indispensable partir del respeto a la expresión de cada uno de ellos, es decir, impulsar y fortalecer el espacio de participación de todos los saberes y prácticas de prevención, tratamiento, recuperación y rehabilitación de la salud. En este campo confluyen las medicinas alternativas, complementarias, tradicionales, comunitarias y familiares en condición de soporte del sistema oficial.

Hablar de identidad hoy en día es presentar a la institucionalidad internacional en calidad de política de supervivencia en el contexto contemporáneo de la salud pública de nuestros países, un planteamiento de consenso que marque con cualidad particular nuestra propia existencia y las reales posibilidades de desarrollo sustentable que poseemos, frente a la comunidad planetaria globalizada.

Enmarcados en esta realidad, hemos ensayado un esquema posible, de alta factibilidad y consenso, que son aspiraciones de la gran mayoría de países de la región, lo que sigue es una síntesis de contenidos programáticos.

Implementación de sistemas Nacionales de salud con criterio Gerencial, en perspectiva de lograr la equidad social deseada. Este proyecto se enmarca en la estrategia de Reforma sectorial de salud.

Creación de tribunales de legislación y acreditación Médico Sanitaria, como instancia de normalización bioética y apelación legal de los sistemas de salud.

Incremento de la inversión social en salud, de acuerdo a un coeficiente de reparto equitativo.

Apoyo irrestricto a la salud de los pueblos indígenas, mediante la creación de espacios administrativos de coparticipación en el Estado.

Universalización de la Seguridad Social en todos los países de la región.

Definición de políticas nacionales y regionales de medicamentos.

Capacitación e información permanente a la comunidad.

Orientar adecuadamente la cooperación externa, hacia los sectores más necesitados.

Proteger el medio ambiente y la ecología

Definir y desarrollar políticas de seguridad nutricional y agroalimentaria.

Consensuar a los sectores público y privado en beneficio de la salud de la sociedad.

Recuperar para la salud pública los espacios Médico y Social.

Incorporar en forma eficiente a las medicinas alternativas y complementarias en el Sistema único.

Estimular y fortalecer la participación de los grupos sociales en torno a la disciplina sanitaria.

Miradas así las cosas, el escenario y sus determinantes están presentes en espera de las voluntades sensibles ante aquella realidad.

Definir nuestras identidades no es mas que optar por una postura que nos “identifique” frente al mundo globalizado, es construir una convergencia en la que se inscriban las aspiraciones que en materia de salud son nuestras. Por tanto creemos del caso hablar hoy con claridad de: *Identidad en la Globalidad/Globalización/Mundialización*, como práctica de convivencia con el modelo de desarrollo económico contemporáneo.

BIBLIOGRAFÍA

- ACKERKNECHT ERWIN H.
1949 Medical Practice. En Hadbook of South American Indians. Julian M. Steward Ed. 143(5): 621-643. Washington. Bureau of American Ethnology.
- AUPHA
s/f Health Administration Education, Vol 8 y 9 No. 34,4 Ed. Board Virginia, 199.
- BARSKY, OSWALDO
s/f Terratenientes y el desarrollo capitalista en el Agro, "Ideologías terratenientes en los procesos de modernización de la Sierra ecuatoriana", Ed. CEPLAES pp. 93-120.
- BIDOV PATRICIA.
1988 Lenguaje y Palabras shamánicas. Ediciones Abya -Yala., Quito.
- BOLTANSKY LUC.
1977 Descubrimiento de la Enfermedad, Ediciones Ciencia Nueva. Buenos Aires.
- BORRINI, GRAZIA.
s/f Las Causas del Hambre, Ed. Abya Yala.
- BRUNELLI GILIO
1989 De los espíritus a los Microbios, Ed. Abya Yala, Quito.
- CARDOSO, CIRO F.S.
s/f Introducción al Trabajo de la Investigación Histórica. Ed. Crítica Grijalbo. Barcelona 1981.- pp 151-181.
- CEPAL
1990 Transformación Productiva con Equidad. Naciones Unidas, Santiago de Chile.
- CIEZA DE LEON PEDRO
1967 El Señorío de los Incas, Instituto de Estudios Peruanos .- Lima, 99.59-60.
- CIEZA DE LEON PEDRO
1973 La Crónica del Perú, Ed. Peisa Lima, pp. 100.
- CRUZ MARCELO y Colab
1991 Control Comunitario de la Epilepsia. Ed. AEN.
- DAVILA OSWALDO
1990 Suplemento "Martes Económico", Desarrollo Económico y Desarrollo Humano, El Comercio.- Quito.

- DE LA FERRIERE RAYNAUD
1959 El Chamanismo, Imprimerie Meyembeer.
- DELEUZE GILLES
1970 Proust y los Dignos. Ed. Anagrama.- Barcelona.
- ESTRELLA EDUARDO
1988 El Pan de América, Ediciones Abya Yala.- Quito.
- ESTELLA EDUARDO
1977 Medicina Aborígen. Ed. Epoca.- Quito..
- FIALLO CELSO
1988 Encuentro multidisciplinario sobre plantas tradicionales y Medicina Tradicional Indígena”. Mimeo Junio.
- GUERRERO ANDRES
1983 Haciendas, Capital y Lucha de Clases Andinas, Ed. El Conejo 1ra. edición.- pp.115-135.
- HARNER M.
1972 The Jibaron people of the sacred waterfalls. Am Museum Nat. History. Doubleday Natural History Press New York.
- HARNER M.
1973 “The sound of rushing water” in Michael Harner.”Hallucinogens and Shamanism” New York, Oxford.
- HURTADO OSWALDO
1983 El Poder Político en el Ecuador, Ed. Planeta Quito.- Ed. pp. 59-60.
- HAROLD ANDREAS
1990 “Superación de la Enfermedad en las Alturas de los Andes del Perú, Ed. Abya Yala.- Quito.
- KOHN EDUARDO
1992 La Cultura Médica de los Runas, de la Región Amazónica Ecuatoriana. Gráficas Modelo, Cayambe-Ecuador.
- KROEGER A. Ileckova, E.
1976 La Salud y la Alimentación de los Shuar Ed. Mundo Shuar BS. Sucúa-Ecuador.
- KROEGER A. Barbira F.
1984 Cambio Cultural y Salud. Ed. Abya Yala. Quito-Ecuador.
- LEVI ELIPHAS
1991 El Gran Arcano del Ocultismo Revelado.- Ed. Kier S.A. Buenos Aires.
- LOPEZ ACUÑA D.
1980 La Salud Desigual en México: 15-165. Siglo XXI.
- MARTINEZ LUCIANO
1987 Economía Política de las Comunidades Indígenas, Centro de Investigaciones de la Realidad Ecuatoriana (CIRE) pp. 129-131. Quito.
- MSP
1992 Veinte y cinco años por la Salud del Ecuador. Ed. MSP.
1992 Nuevos Enfoques de Salud. Ed. MSP 1992.
- MUÑOZ BERNANRD C.
1986 Enfermedad, Daño e Ideología, Ediciones Abya Yala. Quito.

- MURATORIO BLANCA
1982 Etnicidad, Evangelización y Protesta en el Ecuador.- Ediciones Ciese.
- MURMIS MIGUEL
1980 El Agro Serrano y la Vía Prusina de Desarrollo Capitalista, Ecuador: Cambios en el Agro Serrano, FLACSO pp.43, Editado por FLACSO, CEPLAES.
- MURRA JOHN
1980 Organización Económica del Estado INCA Siglo XXI Editores.- V Edición España.
- MURRA JOHN
1975 Formaciones Económicas y Políticas del Mundo Andino, Instituto de Estudios Peruanos, Lima-Perú.
- MUSGROBE P.
1986a The Impact of the Socio-Economic Crisis on Health and Health Care in Latin America and the Caribbean Who Chronicle, (4): 152-157.
1986b Measurement of Equity of Health, Wld. hlth. statist. quart. 39:325-335.
- NIETZSCHE FRIEDRICH
1985 La Gaya Ciencia.- Obras Inmortales TomoII, Edicomunicación, Barcelona.
- NIETZSCHE FRIEDRICH
1991 El Ocaso de los Idolos. Ediciones Siglo XX. Buenos Aires.
- OBBEREM U.
1980 Los Quijos. Colección Pendoneros 10 A. Instituto Otavaleño de Antropología. Otavalo-Ecuador.
- OPS/OMS
1989 Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Washington DC.
- ORTIZ DE MONTELLANO BERNARD
1990 Aztec Medicine, Health and Nutrition.- Ed. Rutgers University Press. New Brunswick and London.
- PARACELSO
1984 El Arcano de las Plantas. Ed. Tabla Esmeralda. España.
- PEDERSEN D. COLOMA, C.
1983 Traditional Medicine in Ecuador: The structure the non-formal health systems. Soc.Sci.Med.16:1249-1957.
- PEDERSEN, D.
1988 Curanderos, divinidades, santos y doctores. Elementos para el análisis de los sistemas médicos. Mimeo, Lima.
- PEREZ ISMAEL D.
1971 Filosofía del Simbolismo y el Mito. Ed. Orión.- México.
- PROAÑO FABIAN
1978 Ecuador: Dinámica del sector agrario, una aproximación del estudio de los problemas agrarios ecuatorianos, Publicación de la J.U.N.A.-P.L.A. Quito, 1978.

RAMON GALO

- 1990 El Poder y los Norandinos. Talleres CAAP. Quito.
1982 Sistemas de Salud Comunitario y Poder Popular. In CAAP (Ed.) Políticas de Salud y Comunidad Andina:198-253. Quito.

REINAGA FAUSTO

- 1971 Tesis India, impreso por el partido Indio Boliviano, Ed. Fénix. La Paz, Bolivia.

SANCHEZ PARGA J.

- 1986 La Trama del Poder en la Comunidad Andina CAAP, Quito.

SANTANA ROBERTO

- 1983 Campesinado Indígena y el Deafio de la Modernidad CAAP. Quito.

SALOMON F.

- 1973 Weavers in Otavalo. pp. 453-492, in: Gross, D.R.(Ed.): Peoples and Cultures of Native South America. The Natural History Press. New York.

SERRANO MIGUEL.

- 1987 Manú. "Por el hombre que vendrá" Ed. Solar. Bogotá-Colombia.

SCHMITZ W.

- 1977 Interethnie relations in Saraguro (Ecuador) from de point of view an anthropology of communication. Sociologus 27:64-84.

WORLD BANK

- 1986 Ecuador: Population, health an nutrition. Sector review. World bank, Washington D.C..

Varios Autores

- Primer Congreso de Plantas Medicinales. Chile 1990. Prisma Chile Limitada, Santiago de Chile.
- Salud, Democracia y Desarrollo. Ed. SESP-ASSPAA.- Quito, 1992.
- Comunidad Andina: Alternativas Políticas de Desarrollo. CAAP. Quito, 1981.