

SALUD, MEDICINA Y ANTROPOLOGIA

Xochitl Herrera
Miguel Lobo-Guerrero
Fundación Etnollano
Antropólogos

Análisis crítico de la problemática antropológica y médica frente a la situación de salud de las comunidades colombianas. Partiendo de la premisa de cómo la *salud* no es igual a *medicina*, se cuestiona el enfoque médico curativo de la enfermedad, poniendo de presente como en las comunidades indígenas, el enfoque de salud es integral y básicamente preventivo. Se cuestiona la Antropología Aplicada de la década del sesenta, pasando luego a reforzar el trabajo interdisciplinario y altamente participativo de las comunidades con el fin de lograr su propio desarrollo y mejoramiento de las condiciones de vida y salud de nuestras poblaciones colombianas.

SALUD, MEDICINA Y ANTROPOLOGIA*

Xochitl Herrera
Miguel Lobo-Guerrero
Fundación Etnollano

En los últimos años la antropología ha ido ocupando un lugar cada vez más importante en los estudios y programas relacionados con la salud. La cátedra de antropología médica se ha ido incorporando al pensum de enfermería, odontología y medicina en muchas universidades. Se ha incrementado considerablemente la investigación sobre estos temas, y la participación de los antropólogos comienza a ser frecuente en los programas de atención primaria de la salud, sobre todo en las áreas habitadas por comunidades indígenas. Hasta el punto de que hoy son ya varios los Servicios de Salud y las oficinas del Bienestar Familiar que cuentan con antropólogos dentro de su personal. Pero el desarrollo de este trabajo interdisciplinario enfrenta aún numerosos obstáculos, derivados en buena parte de la concepción misma que se tiene sobre los problemas relacionados con la salud y la enfermedad.

En efecto, nos hemos acostumbrado tanto a identificar la salud con la medicina, que olvidamos con demasiada frecuencia el peso que sobre la salud de un pueblo tienen otros muchos factores ligados con su forma de vida y su desarrollo social. Mucho más que un problema médico, la salud es sin duda un problema social. Pero lo que pudiéramos denominar el *modelo médico* de la salud, está presente todavía en muchos campos de la ciencia y la práctica social, no sólo en el seno de la medicina sino en el de la antropología misma.

Este virtual desplazamiento de los factores sociales y psicológicos que intervienen en la enfermedad, en favor de la gran estima concedida a los fac-

* Conferencia dictada en el "Primer Seminario de Antropología de la Salud", Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Sociales y Educación, Departamento de Antropología. Bogotá, septiembre 5 al 9 de 1988. Algunos de los materiales aquí analizados provienen de un estudio comparativo que está actualmente adelantando ETNOLLANO con el apoyo de la Fundación Ford y la Fundación para la Educación Superior, FES.

tores biológicos, tuvo sin duda su origen en el desarrollo de lo que se ha venido denominando la "doctrina de la etiología específica" (Dubos 1975).

Según esta doctrina, que tomó fuerza tras los descubrimientos de Koch, Pasteur, y Lister hace ya 100 años, es siempre posible aislar para cada enfermedad un agente específico causante. Los importantes descubrimientos que esta doctrina propició en el campo de la biología de la salud, relegaron a un segundo plano una constelación de factores de tipo psicológico y social que hoy la medicina ha tenido que volver a revalorar.

Pero las consecuencias de un siglo de orientación biologista perduran hoy en nuestra interpretación del problema. Uno de los efectos de esta visión, ha sido el de pensar que el simple incremento de los servicios médicos puede lograr mejoras significativas en el nivel de salud de los pueblos. A tal extremo ha llegado esta idea, que se ha tornado usual estimar el nivel de salud de un pueblo por el número de médicos o de camas hospitalarias por habitante. A más médicos y camas hospitalarias por habitante, mejor nivel de salud. Lo cual resulta tan absurdo como si nos pusiéramos a medir la calidad de los automóviles por el número de talleres, y terminásemos concluyendo que entre más talleres tenga una ciudad mejores son sus autos.

Sin duda que hoy en día tiende a imponerse una visión muy diferente del problema. Una visión que es sin embargo muy antigua, y que puede resumirse en la frase de Platón en La República, cuando afirmaba que una ciudad con muchos hospitales era principalmente una ciudad mal gobernada. En efecto, hoy se abre paso no sólo en el seno de las ciencias sociales sino en cada vez más amplios círculos del cuerpo médico, la interpretación de la salud como un fenómeno complejo, en el que adquieren gran importancia los factores socioeconómicos, psicológicos y culturales: La salud aparece entonces como el resultado del proceso de adaptación de un grupo humano a su medio ambiente físico y social.

Esta perspectiva ecológica nos parece importante, puesto que nos aleja de un enfoque médico-curativo de los problemas de salud, y nos ubica en un marco muchos más propicio para el análisis interdisciplinario: aquél que ve no sólo el ambiente y sus agentes patógenos, sino las costumbres, los valores, la forma de vida, las relaciones socioeconómicas y políticas y la historia misma de un pueblo, como elementos estrechamente ligados con su nivel de salud.

La antropología ha tenido sin duda un papel importante en el desarrollo de esta concepción ecológica de la salud y la enfermedad. Pero en la práctica el trabajo de los antropólogos sigue muchas veces operando dentro de un esquema médico de la salud. No está muy lejos aún esa antropología aplicada que veía su papel en lograr que las comunidades aceptaran la magia de las drogas y la medicina occidental; los bajos niveles de salud de los pueblos in-

dígenas y campesinos de la América Latina obedecían básicamente a falta de medicina. El problema era por tanto de comunicación, y todos los esfuerzos se encontraban en lograr transformar esas creencias y valores que impedían aceptar las campañas médicas; factores como la distribución de la tierra o las clases sociales aparecían relegados a un segundo plano (Herrera y Logo-Guerrero 1984).

Durante mucho tiempo, la mayor parte de los esfuerzos académicos y aplicados que la antropología dedicó a este campo de la salud fueron en realidad esfuerzos dedicados al campo de la medicina. Desde los pioneros trabajos de William H. Rivers, pasando por las obras de Forrest Clements, Erwin H. Ackercnecht y otros en el terreno académico, o las de Benjamín Paul, George M. Foster o Richard N. Adams en el campo aplicado. Este, que pudiéramos llamar el enfoque socio-cultural dentro de la antropología médica, aportó y aporta aún hoy sin duda importantes conocimientos sobre la medicina de muchos pueblos, pero sigue ubicándose dentro de un modelo médico de la salud.

Una visión más ecológica no viene realmente a desarrollarse dentro de la antropología médica sino hasta muy avanzada la década de los años sesentas, y especialmente con la publicación de la obra de Alexander Alland: "Adaptation in Cultural Evolution: An Approach to Medical Anthropolgy". Refiriéndose a los Abnron de la Costa de Marfil, en el Africa Occidental, Alland encuentra que mientras la medicina tradicional de esta comunidad se reduce en lo preventivo al uso de algunos amuletos, en su forma de vida abundan las normas de higiene sustentadas tan sólo en la tradición y la costumbre, y no en argumentos propiamente médicos. La excavación de letrinas de pozo anteriores al contacto con los europeos, el aislamiento de los enfermos en casos de dolencias contagiosas, el cuidadoso baño y aseo personal, el adecuado cocimiento de los alimentos, conforman un magnífico conjunto de medidas preventivas. "Los comportamientos más exitosos desde el punto de vista de la salud, —concluye Alland— caen por fuera de la medicina nativa como tal".

Estos planteamientos abren sin duda un panorama mucho más extenso para la antropología médica: Estudiar la medicina de un pueblo resulta sin duda importante, pero es apenas una parte del problema. Es la cultura toda de un pueblo, su forma de vida y su organización, las que están asociadas a su nivel de salud. Esta perspectiva ecológica, basada en el concepto de adaptación, abre importantes perspectivas no sólo en el campo de la investigación sociomédica (en la epidemiología por ejemplo), sino en el de los programas mismos de atención primaria de la salud, de los que tanto necesita el país. Pero el enfoque médico de la salud debe para ello dar paso a una interpretación mucho más amplia del problema, a una interpretación a la que nuestra medicina no está acostumbrada.

De acuerdo con esta interpretación, la forma de vida de un pueblo puede resultar un factor mucho más importante que la presencia en el ambiente de un determinado agente patógeno. Los graves problemas epidemiológicos que desató la invasión europea en América en el siglo XVI, ilustran muy bien esta afirmación. El gran desastre demográfico que sufrió la población indígena americana en los siglos posteriores a la Conquista, está en buena parte asociado a los abruptos cambios que experimentó su forma de vida. Muchas de las enfermedades que más han afectado a estas comunidades vinieron con los europeos; el paludismo, la tuberculosis, la fiebre amarilla, el sarampión, la viruela, la gripa misma, no existían en América antes de la Conquista. Desde los primeros años del contacto con los europeos, estas enfermedades se difundieron entre los indígenas diezmando a muchas poblaciones. Pero todo parece indicar que no fueron tanto los microbios como el cambio en la forma de vida lo que desató las grandes epidemias. En los Llanos Orientales de Colombia, por ejemplo, algunos estudios han mostrado cómo los Guahibo, que eran un grupo seminómade, lograron mantenerse más o menos a salvo de las epidemias mientras mantuvieron su forma de vida tradicional. Pero con la llegada de los Jesuitas y su política de reducción de estas poblaciones en los centros misionales, estas epidemias se desarrollaron en forma alarmante. Tal fue entonces la mortandad, que no sin razón entre los indígenas se desarrolló la creencia de que era el agua bautismal la que traía las enfermedades (Morey 1979).

En realidad el nomadismo ha sido una de las mejores normas de salud pública. Un grupo nómade no tiene problemas de acumulación de basuras y excretas, y el estar cambiando de lugar cada ocho o diez días rompe el ciclo de muchos parásitos. Los áscaris, por ejemplo, cuyos huevos requieren más de una semana en el suelo para volverse infectantes, no logran cerrar su ciclo en una pequeña comunidad nómade. Y el paludismo, en el que el plasmodium necesita varios días para poder pasar del sistema digestivo del anofeles a sus glándulas salivares, ve también aquí muy pocas posibilidades de extenderse. El aislamiento, el tamaño reducido de las comunidades y su gran movilidad, fueron armas importantes en la lucha contra las epidemias (Kroeger y Barbi-ra-Freedman 1982).

Teniendo en cuenta esto, vemos que la alta mortalidad que hoy en día padecen algunos de los grupos indígenas del país no puede explicarse por la supuesta ineficacia de su medicina —como algunos autores hacen—; ella está asociada más bien con el despojo de sus tierras, el deterioro de su medio ecológico y la transformación violenta de su forma de vida y sus patrones de adaptación. El estudio de los efectos sanitarios del cambio sociocultural resulta por ello un campo de trabajo de gran importancia académica y práctica, que ha sido todavía muy poco explorado por la antropología colombiana. Necesitamos también una atención de salud mucho menos centrada en los gérmenes y más en la gente: Una medicina más social y más ligada a los recursos locales —más “nacional”—.

Sin embargo, pese a lo que pudiera pensarse, ni siquiera en los intentos de acercarnos a la medicina tradicional hemos logrado superar esa creencia de que la salud es el resultado de la medicina. Por lo que hasta ahora sabemos de las medicinas indígenas que se practican en Colombia, ellas tienen muchos más que ver con una visión integral del problema de la salud. Muchos autores ya han señalado con admiración cómo estos sistemas médicos tipificados por tanto tiempo como primitivos y salvajes, se acercan en realidad mucho a esa visión moderna dentro de medicina, que ha dado nuevamente importancia al enfoque holístico de la salud. La importancia que el chamán indígena da a los factores sociales y psicológicos del paciente, y a los aspectos comunitarios de la enfermedad, son buena muestra de esto.

Sin embargo, cuando se intenta acercarse a estos especialistas tradicionales para incorporarlos a los programas de salud, generalmente se los toma como médicos en el sentido técnico y occidental que hemos venido dándole a este término dentro de lo que aquí hemos llamado el modelo médico de la salud. Se habla entonces de médicos tradicionales, y hasta se piensa en reunirlos en congresos para intercambiar sus conocimientos, como si se tratase de cirujanos. Lo que se termina haciendo es generalmente imponiendo nuestro modelo médico de la salud: se segrega lo mágico de lo racional, y se acoge sólo esto último en los programas (plantas medicinales, técnicas curativas, etc.). Se convierte así al chamán en un técnico, y se olvida que es precisamente su carácter religioso y político lo que lo hace importante como vigilante del mantenimiento de la cultura y la forma de vida de un grupo, es decir, de su salud.

Pero hay todavía una dificultad más en el problema que venimos planteando: Esa visión técnica y curativa de la salud no está presente sólo en buena parte de nuestra medicina institucional y de la antropología médica; ella también la hemos logrado inculcar de tal forma en las comunidades mismas, que hoy hasta en las más remotas es frecuente encontrar que cuando se plantea el problema de la salud todo se reduce a pedir más medicina: más médicos, drogas, hospitales.

¿Cuál debe ser entonces el papel del antropólogo en los programas de atención primaria de la salud? Si nos situamos en lo que hemos venido denominando el modelo integral de la salud, resulta evidente la importancia de los equipos interdisciplinarios. Y de hecho, como señalamos al comienzo, la participación de antropólogos y de otros científicos sociales se ha hecho cada vez más frecuente en los equipos de salud. Pero su presencia no asegura la interdisciplinariedad de los programas. Un estudio comparativo que estamos realizando actualmente, nos ha permitido constatar que muchas veces lo que sucede es que el desarrollo de los trabajos de las diferentes disciplinas se hace

en forma paralela pero no interrelacionada. Generalmente lo que ocurre es lo siguiente:

1. Al antropólogo se lo encarga de hacer los diagnósticos socioculturales, mientras que al personal médico y de enfermería se lo encarga de ejecutar los programas (capacitación, supervisión, etc.). Así, la información del diagnóstico resulta útil para el personal de salud, más no directamente para los beneficiarios del programa.
2. En las áreas de contacto cultural, y sobre todo en aquellas con población indígena, se espera que el antropólogo analice la medicina tradicional. Pero generalmente este análisis se convierte en una simple descripción, que deja por fuera un cuestionamiento del papel de esa medicina en la problemática de salud del grupo. Así, esta información resulta de poca utilidad para responder a situaciones concretas de las comunidades.
3. Las recomendaciones que el diagnóstico da al personal de salud son tan amplias, que no ofrecen mecanismos concretos o innovativos para adecuar los programas a las diferentes realidades. Sobre todo respecto a la articulación de medicinas y a su relación con la participación de la comunidad.

Claro está que la medicina tradicional ha sido siempre un punto de conflicto y de obstáculo para las buenas relaciones entre las instituciones de salud y las comunidades. Pero los obstáculos que encuentran los programas cuando dirigen a minorías étnicas, no pueden entenderse solamente como el resultado del choque entre dos medicinas, o como un simple problema de comunicación, sino como la confrontación de dos sistemas culturales que parten de valores morales y filosóficos diferentes, y que se conforman sobre experiencias distintas con la enfermedad. La medicina tradicional cumple un importante papel en la regulación y reafirmación de la identidad cultural de una comunidad, en la medida en que la anormalidad individual se interpreta como el producto de la agresión a las normas establecidas, sobre la base de la experiencia que la población ha ido desarrollando y acumulando en sus relaciones con la enfermedad y con los procesos que ésta desencadena en el cuerpo.

El personal médico no siempre está preparado para comprender estas otras formas culturales de entender la salud y la enfermedad. Pero no solamente el personal médico se desmotiva en estas situaciones de conflicto. También las organizaciones comunitarias enfrentan serias contradicciones entre los esfuerzos que ellas realizan para la defensa de sus sistemas culturales, y el desarrollo de los programas institucionales de salud que necesitan y solicitan al Estado. Estas contradicciones se agudizan porque ni la población, ni sus representantes políticos, tienen a su disposición los elementos concep-

tuales necesarios para analizar el problema y plantear soluciones acordes con sus intereses de desarrollo autónomo o de etnodesarrollo.

La antropología tiene un importante papel que cumplir para contribuir a la solución de estos problemas dentro de un enfoque interdisciplinario, y un método que parece adecuado a tal fin es el de la investigación participativa. Esta metodología, que combina investigación, educación-aprendizaje y acción, se adapta muy bien a la perspectiva del etnodesarrollo, en la medida que permite involucrar a los beneficiarios del programa en la producción de conocimiento. De acuerdo con esta metodología, la comunidad participa en todo el proceso de investigación, desde la formulación del problema, pasando por la identificación de recursos y necesidades de capacitación o de acción, hasta la interpretación de los resultados y la discusión de las soluciones. Los participantes se benefician así en forma inmediata y directa, en la medida que aprovechan no sólo los resultados sino el proceso mismo de la investigación, con lo cual desarrollan su capacidad de relacionar por sí mismos los problemas y de iniciar nuevos procesos tendientes a encontrar soluciones. Pero esto implica alterar totalmente el esquema de trabajo que se ha venido utilizando en los programas de salud. En lugar de partir de unas pautas y unos contenidos rígidos preestablecidos, es necesario partir de la comunidad misma, de sus problemas y necesidades sentidas, de sus recursos y potencialidades.

Esto se logra siempre y cuando la población tenga acceso a la información sistematizada sobre su realidad socioeconómica y cultural, y sus relaciones con la realidad nacional. Tener acceso no es poder abrir los libros y leerlos, ni oír una charla sobre la importancia de la buena nutrición, y ni siquiera el relato o la descripción de su medicina de la buena nutrición, y ni siquiera el relato o la descripción de su medicina tradicional o de la historia del grupo, si en esos relatos o lecturas no afloran las muchas contradicciones que enfrentan todas estas sociedades a las cuales se dirigen los programas. Sacar a la luz las contradicciones internas de la comunidad es importante en todo proceso de investigación participativa, puesto que es la única forma de que la población pueda aclarar el camino a seguir, participando consciente y libremente en las decisiones sobre su futuro.

La importancia de los equipos multidisciplinarios radica precisamente en poder sistematizar la información médica y social existente, de tal forma que ella pueda motivar a la población a reflexionar sobre problemas concretos. Ese equipo médico social deberá por tanto estar estrechamente ligado a los avances de la investigación en sus respectivos campos, para poder dar a la población los elementos necesarios para la reflexión, la discusión, la crítica y la toma de decisiones.

Hay sin embargo muchas dificultades que superar antes de que la investigación participativa pueda imponerse como un método adecuado de trabajo

en las entidades del sector salud. Algunas tienen sin duda que ver con la imagen, tan arraigada aún, de la investigación como algo que sólo pueden hacer los especialistas en sus laboratorios. Imaginar a un promotor de salud indígena como un investigador, cuesta todavía trabajo a muchos. Y sin embargo los descubrimientos de un grupo de promotores investigando los problemas y los recursos de sus comunidades, pueden resultar para éstas más fundamentales y aplicables que muchos sofisticados estudios hechos por especialistas ajenos al sentir y a las expectativas de la población local.

Quizás en esto, más aún que la falta de presupuestos —que aunque son limitados se invierten muchas veces en equipos sofisticados y especialistas de poco impacto en el grueso de la población—, lo que hace que las entidades estatales terminen generalmente limitándose a asumir programas y campañas diseñadas desde afuera, en Bogotá o en Ginebra. Se han invertido por ejemplo muchos millones de pesos en la distribución masiva de sales de rehidratación oral, sin sentarse a pensar si las poblaciones no disponen ya de otros métodos propios, y sin mirar siquiera la experiencia de otros países latinoamericanos como Costa Rica, en los que se ha llegado a la conclusión de que resulta mejor seguir utilizando infusiones de algunas plantas de uso corriente en las comunidades, o el agua de coco.

A nuestro modo de ver, es necesario rescatar y revalorar los recursos propios de las comunidades, y por tanto sus sistemas médicos tradicionales, entendiéndolos como logros culturales desarrollados a través de la historia; esto permitirá reafirmar la confianza de la población en sus propias capacidades, y contribuir a incrementar su poder de desarrollo autónomo. Esto implica indudablemente un proceso de reflexión de la población sobre la forma como puede enfrentar su dinámica de cambio.

Así, la participación de la comunidad sólo podrá iniciarse y fortalecerse sobre la base de su potencial cultural, y para ello es necesario que las personas que orienten y retroalimenten el proceso tengan claridad en el análisis de los límites y obstáculos que establece la ideología tradicional, los espacios que abre para su transformación, y los distintos mecanismos que los sistemas médicos han utilizado para su desarrollo. Consideramos que este conocimiento es necesario para poder ofrecer a las comunidades los elementos de reflexión y las herramientas de análisis adecuadas en un proceso de participación de la comunidad.

Ahora bien, un verdadero proceso de participación de la comunidad, que involucre a la población en el estudio y análisis de las contradicciones que enfrenta, podrá traer resultados que tal vez no sean muy aceptables por la medicina institucional; es probable que la comunidad, conciente y participante, rechace algunos servicios que interfieran con la práctica tradicional o que pongan en peligro su identidad cultural. Esto sin embargo no deberá

preocupar a los profesionales realmente interesados por la salud de estas poblaciones, pues con toda seguridad ellas no escogerán el camino de la muerte, sino una forma más libre de vivir.

REFERENCIAS

- ACKERKNECHT, Erwin H. Problems of primitive medicine. *Bulletin of the History of Medicine*. Vol. 11, págs. 503-521. 1942.
- ADAMS, Richard N. La antropología aplicada en los programas de salud pública de la América Latina. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* No. 33, págs. 298-305. 1952.
- ALLAND, Alexander, Jr. *Adaptation in Cultural Evolution: An Approach to medical anthropology*. New York: Columbia University Press. 1970.
- CLEMENT, Forrest. Primitive Concepts of Disease. University of California Publications in *Archeology and Ethnology*, Vol. 32, No. 2, págs. 158-252. Berkeley. 1932.
- DUBOS, René. El espejismo de la salud, México: *Fondo de Cultura Económica*. 1975.
- FOSTER, George M. Relationships between theoretical and applied anthropology: A public health program analysis. *Human Organization*, No. 11, págs. 5-16. 1952.
- Disease etiologies in non-western medical systems. *American Anthropologist*, Vol. 78, No. 4, págs. 773-782. 1976.
- HERRERA, Xochitl y LOBOGUERRERO, Miguel. Investigación socio-médica en Colombia : Responsabilidad y compromiso. En: *J. Arocha y N.S. de Friedemann (Eds.), Un siglo de investigación social: Antropología en Colombia*, págs. 429-463. Bogotá: ETNO/ Editorial Presencia. 1984.
- Antropología Médica y Medicina Tradicional en Colombia. Bogotá: *Etnollano/Editorial Presencia*. 168 págs. 1988.
- KROEGER, Axel y BARBIRA FREEDMAN, Francois. *Cultural Change and Health: The Case of Southamerican Rainforest Indians*. Frankfurt: *Verlag Peter Lang*. 1982.
- MOREY, Robert V. A joyful harvest of souls: Disease and the destruction of the Llanos indians. *Antropológica*, No. 52, págs. 77-108. Caracas. 1979.
- PAUL, Benjamín D. (Ed.). *Health, Culture and Community: Case Studies of Public Reactions to Health Programs*. New York; *Russell Sage Foundation*. 1955.
- RIVERS, William H. *Medicine, Magic and Religion*. New York: *Harcourt Brace Jovanovich, Inc.*