

“ V Jornadas de Sociología de la UNLP y I Encuentro Latinoamericano de Metodología de las Ciencias Sociales”.

Mesa J 28: “La salud en contextos interculturales”.

“En torno a la problemática de la interculturalidad en los saberes y prácticas bio-médicas.”

Autoras:

Mg. Elida Carracedo. Docente de la Escuela de Antropología, Facultad de Humanidades y Artes (UNR). E-Mail: elidacarracedo@hotmail.com

Mg. Matilde E. Viglianchino. Docente de la Escuela de Antropología, Facultad de Humanidades y Artes (UNR). E- Mail: arwen225@hotmail.com

Resumen:

En el contexto de las profundas transformaciones que se dieron en toda América Latina con las aplicaciones de las políticas neo-liberales un nuevo concepto aparece en las agendas de Salud: “interculturalidad”. A dicho concepto se apela tanto en la elaboración de la estrategia de APS como en la producción de programas de salud más ambiciosos, al menos en los discursos.

En este trabajo intentamos reflexionar, desde la perspectiva de la Antropología Crítica de la Salud, las modalidades en que las estrategias políticas y programas de salud y “la interculturalidad en acción”, condicionan los saberes y prácticas de los profesionales de la biomedicina sobre el proceso de salud/enfermedad/atención de grupos migrantes tobas asentados en la ciudad de Rosario.

Introducción.

Desde hace ya varias décadas la interacción intercultural viene adquiriendo espacios importantes en las agendas políticas de los diferentes Estados de América Latina, y de organismos internacionales, fundamentalmente como consecuencia cada vez mayor del protagonismo de los pueblos originarios como actores políticos.

La participación política indígena involucra temas centrales como la diversidad cultural y la imagen de nación y de la sociedad en general, el impacto de desarrollo predominante, el rol del Estado, las identidades individuales y colectivas, el medio ambiente, la orientación de la

política económica y social, las prioridades en la lucha contra la pobreza, la igualdad de los derechos para todos, la concesión de derechos especiales y colectivos a los pueblos indígenas, así como la eliminación de todo tipo de discriminación y la necesidad de relaciones interculturales en el respeto y aceptación de las diferencias culturales.

Se torna más visible públicamente la presencia de nuevos actores en escenarios políticos como también las denuncias sobre las condiciones de vida en extrema pobreza y la situación de salud, que es más dura en los pueblos originarios, aún comparándola con los sectores indigentes de población no indígena.

Los organismos institucionales visualizan que la resolución de la fragilidad de la salud indígena requiere del compromiso político y la responsabilidad de los países que comparten las Américas, de las agencias de cooperación internacional, y las mismas organizaciones indígenas, en el impulso de un proceso de un trabajo multisectorial y multidisciplinario donde los pueblos originarios, como actores sociales, tengan participación plena. (OPS: 2003).

Plantean la necesidad ante la heterogeneidad étnica y cultural de dichos pueblos, de identificar formas innovadoras en la atención de sus necesidades de salud, y por lo tanto la obligación de “adiestramiento” del personal correspondiente para la prestación de servicios apropiados a las características socioculturales de los usuarios.

En este escenario de las políticas de salud intercultural internacional que condicionan las políticas regionales que se expresan en los programas de salud, es que intentamos reflexionar sobre las modalidades en que las estrategias políticas y programas de salud, y la interculturalidad en acción, condicionan los saberes y prácticas de los profesionales de la biomedicina sobre el proceso de salud/enfermedad/atención de grupos migrantes tobas asentados en la ciudad de Rosario.

Los resultados que presentamos en este trabajo se basaron en entrevistas semi estructuradas y etnográficas con los profesionales de la salud; de conversaciones informales con dichos agentes; y de información secundaria obtenida de publicaciones del Ministerio de la Nación Argentina, de la Secretaría de Salud Municipal de la ciudad de Rosario y de la provincia de Santa Fe.

Construcciones teóricas: saberes y prácticas médicas.

La perspectiva conceptual general de este trabajo se ubica dentro de la denominada Antropología Médica Crítica que sintetiza elementos de la fenomenología, del historicismo y

de los marxismos y que constituye la línea que E. Menéndez denomina la teoría de las prácticas, que desde una perspectiva relacional aborda como conceptos fundamentales los de actor social, experiencia, proceso, estrategia, transacciones, hegemonía/subalternidad. La sociedad y la cultura son entendidas como estructuraciones provisionarias constituidas a través de las prácticas sociales que se constituyen en contextos de asimetrías y en el cual operan procesos de transacciones. En éstos, los actores sociales como agentes intencionales, son incluidos dentro de la red de relaciones en las que actúan, o sea articulados a los procesos estructurales, que focalizan la acción y decisión de aquellos dentro de las posibilidades de elección vinculadas a las restricciones y limitaciones establecidas por la estructuración de la sociedad.

Si bien no nos detendremos en el marco general, ya que ha sido objeto de otros trabajos a los cuales remitimos, nos parece necesario señalar que en esta perspectiva se promueve un acercamiento a la realidad en términos construccionistas, entendida no como reduciendo ésta al consenso de comunidades interpretativas, sino que lo utilizamos como un recurso metodológico.

En este trabajo consideramos al saber médico en términos de representaciones y prácticas técnicas constituidas a partir de sus grupos de socialización y acción profesional. Reconocemos la importancia de los procesos de formación como también los procesos institucionalizados y de ideologías técnicas sobre las prácticas y representaciones profesionales, así como también que gran parte de la actividad médica es trabajo rutinizado, organizado por pautas administrativas, y por un comportamiento de rol que condicionan la intervención individual.

Dentro de estas formas homogeneizantes cada sujeto expresa su particularidad que se incluye dentro de la estructura de prácticas y representaciones que instituye y constituye un determinado saber que orienta las actividades particulares que varían según el tipo de institución, el lugar ocupado en la división técnica del trabajo, la coyuntura política, etc. Pero éstas condicionan el saber médico entendido en términos de estructuraciones que operan a nivel de grupo o de instituciones.

El desarrollo de las políticas y programas de salud, así como las investigaciones biomédicas y epidemiológicas, y las nuevas tendencias técnicas tienden a homogenizar las prácticas y la representaciones, sin embargo éstas tendencias no consiguen eliminar los procesos ideológicos culturales. La bibliografía antropológica así lo demuestra (Menéndez:1996 y 2006; Carracedo, Viglianchino :2007 ; Corrons Albó, X.: 2004).

Consideramos en consecuencia que el saber médico incluye tanto aspectos científicos como aspectos socioculturales que el profesional sintetiza en términos de una racionalidad técnico-ideológica. Estos aspectos marcados con anterioridad son intrínsecos al saber médico, son parte de sus representaciones y prácticas técnicas.

El saber médico expresa lo que los profesionales han ido sintetizando y yuxtaponiendo en su proceso de socialización profesional; incluye las representaciones y prácticas aprendidas en una escuela de medicina y las costumbres adquiridas en su trabajo institucional, pero al que se agrega los condicionamientos de las políticas y programas del sector salud, además del tipo de pacientes, en nuestro caso, un grupo étnico, que genera saberes específicos sobre éstos. Por otro lado Menéndez(1996) afirma que la profesión médica construyó una racionalidad técnica acerca del proceso de salud/enfermedad/atención que se expresa a través de sus representaciones y prácticas. Esta racionalidad no es equivalente a la racionalidad científica, que tiende a cosificar a los sujetos y grupos, ni a la racionalidad de los conjuntos sociales que ideologiza el proceso de salud/enfermedad/atención, dada la necesidad de producir significaciones socio-culturales para manejar el padecimiento, sino a la conjunción de las características de ambas.

La construcción de esta racionalidad tiene que ver con varias instancias. El papel articulador que cumple entre la producción científica, la producción farmacológica y el saber de los conjuntos sociales sobre el padecimiento; la situación conflictiva y contradictoria entre la presencia de lo social en una parte de las representaciones y prácticas técnicas y la necesidad profesional de excluirla, los procesos transaccionales que se establecen entre médicos y pacientes, y las funciones no sólo técnicas sino ideológicas y económicas cumplidas por las instituciones de salud.

Por otro lado, afirmamos que los diagnósticos médicos, no son sólo diagnósticos técnicos sino criterios de cura y control, de forma tal que el saber biomédico, como el saber de otros conjuntos o grupos técnicos y sociales, se constituye a partir de una comunidad de interpretación que lo legitima objetiva y subjetivamente,

Pensamos que es necesario señalar que el saber médico necesita producir representaciones y prácticas técnico- ideológicas a partir del rol técnico que tiene que representar. Su intervención profesional requiere de la legitimación técnica diferenciadora y del establecimiento de un espacio de reconocimiento y acción con los pacientes.

Las representaciones sociales constituyen un sistema de ideas y expectativas para la intervención clínica siendo en la práctica donde la representación se resignifica; la

representación médica refiere a la enfermedad, la práctica pone en escena al enfermo. La representación es la guía para la acción que se resuelve en el acto curativo.

Para nosotros, al igual que Menéndez, el saber médico es un nivel de abstracción mayor

En relación con todo lo anterior, haremos una breve referencia al concepto de cultura, concepto que está presente con fuerza en los documentos de organismos internacionales, en las políticas y programas que hemos analizado.

Temática que ha sido preocupación de varios autores entre ellos J. Comelles quién se ocupa de la apropiación actual que ha hecho la medicina por la llamada competencia cultural, analizando las concepciones de cultura que se manejan en ese ámbito, y dando cuenta de sus limitaciones.

Pensamos así que el uso que se hace del concepto cultura, que es el soporte del concepto de interculturalidad ha quedado recortado en muchos de estos documentos al acentuar casi de manera exclusiva la diferencia cultural: la alteridad, olvidándose de los procesos de desigualdad y subalternidad.

Nos parece necesario considerar a la cultura dentro de una perspectiva relacional que se aleja del enfoque posicional, que recupere los enfoques históricos y el conjunto de relaciones estructurales que se establecen con los sujetos/agentes.

Así también contemplar la heterogeneidad propia de todo conjunto social en que los factores económicos y políticos son determinantes de las formas de estratificación dominantes, pero a su vez considerar las trayectorias de vida y experiencias de éstos grupos.

Además observar los procesos transaccionales, porque operan como movimientos de reapropiación y rearticulación, complementariedad, conflicto, demanda, presión y negociación.

De esta manera podríamos estar atentos a toda la complejidad cambiante en que se presentan las relaciones interculturales en el campo de la salud y optimizar las prácticas de los equipos de salud.

Multiculturalidad e Interculturalidad en América Latina.

El proceso de constitución y consolidación del Estado-Nación se desarrolló en la mayor parte de América Latina a lo largo del siglo XIX. Una de las características de dicho proceso fueron los intentos por parte del Estado de homogeneizar culturalmente a los diferentes grupos que habitaban en el territorio.

Diferentes formas de estos intentos se dieron también en todo el ámbito de occidente ya que como plantea W. Kymlicka:1996, pese a que la mayoría de los estados actuales son multinacionales y pluriétnicos, la tradición política occidental se ha ocupado poco de estas cuestiones y la mayor parte de los especialistas en teoría política han trabajado con un modelo ideal de polis, donde los conciudadanos comparten antepasados, lenguaje y cultura. Para lograr arribar a este modelo ideal, los Estados-Nación, adoptaron diferentes políticas con respecto a las minorías culturales (expulsión, genocidio, aculturación forzada, etc.), políticas que se continuaron en el siglo XX.

La aparente homogeneidad que sustentaba el Estado-Nación, fue resquebrajándose de manera marcada en las décadas finales del siglo pasado, forzando el surgimiento de nuevas problemáticas de análisis que trajeron diferentes desafíos a las teorías socio-políticas, entre ellas la globalización, el multiculturalismo, y la interculturalidad. .

La problemática de multiculturalismo e interculturalidad, al igual que la de la globalización, es compleja y contradictoria, ya que vamos a encontrar diferentes maneras de construirla y abordarla. Pero en líneas generales puede decirse que en ella hay dos temáticas bien delimitadas, por una parte, la que apunta a la afirmación de las identidades culturales, y por otra, aquella que se refiere a la cuestión de las nuevas ciudadanías y derechos que enfatizan cuestiones de política normativa. (M. Reigadas:2003:295)

Diferentes grupos, dentro del Estado-Nación, grupos invisibilizados y negados por mucho tiempo, vienen llevando adelante una serie de luchas reivindicativas, en virtud de sus identidades culturales, demandando reconocimiento, ya que consideran que la política tradicional de dicho estado, ha cercenado sus derechos a igual representación en dicho ámbito político.

La diferencia entre ambos términos suele discutirse, tendiéndose a sostener en el caso de América Latina, el concepto de interculturalidad, ya que como plantea Gorosito Kramer, si bien están estrechamente relacionados, multiculturalidad es un concepto que surge principalmente de la actividad académica en Estados Unidos. Dicho concepto puede pensarse para ella como una colcha de patchwork, o sea una composición de diferentes retazos, cada uno con sus límites bien marcados. Sería la forma elegida para operar con la dinámica diferencial que es propia de esa sociedad. En el caso de la interculturalidad, desde su punto de vista, se daría un paso más, ya que se apuntaría a que los límites bien marcados se diluyesen, se interpenetren, y que sea posible la interpretación entre todos. (A.M. Gorosito Kramer, E. Achilli, L. Tamango:2008:1)

Para que esto pueda ocurrir y se construya una ciudadanía ampliada, es necesario que los miembros de la cultura hegemónica tomen conciencia de las heterogeneidades que presentan los estados-nación, y se elaboren enlaces entre esas heterogeneidades, impidiendo situaciones de desigualdad. Por otra parte, es necesario también que los miembros de las culturas no hegemónicas puedan tomar sus decisiones confiando en sus posibilidades de autonomía. (A.M. Gorosito Kramer, E. Achilli, L. Tamagno:2008:4)

En líneas generales, el concepto de interculturalidad puede pensarse como superador de el de multiculturalidad, sin embargo, no hay que considerar este último como poco operativo debido a su origen, ya que como plantea M. Reigadas:

“Si por un lado el multiculturalismo continúa la doctrina liberal de los derechos, por otra parte la desafía en su núcleo mismo, al ampliar las demandas basadas en los derechos del individuo a los derechos de los grupos en cuanto a tales (derechos colectivos). La novedad consiste además en que estas demandas no están vinculadas única ni necesariamente a cuestiones socioeconómicas o políticas en los términos restringidos de la democracia formal y de la institución Estado Nacional; se trata de una lucha por el derecho a desarrollar las identidades propias y por recuperar la memoria histórica. “ (M. Reigadas:2003:296)

Con respecto al concepto de interculturalidad, hay que tener en cuenta también no caer en ciertos errores de apreciación, como plantea Sergio Lerín Piñón:

“Para la OPS (1992), el concepto de interculturalidad involucra las interacciones equitativas, respetuosas de las diferencias políticas, sociales y culturales, etarias, lingüísticas, de género y generacionales que se producen y reproducen en diferentes contextos y diferentes culturas, pueblos y etnias para construir una sociedad más justa. Definición reductora con la que estamos parcialmente de acuerdo en términos del “deber ser”, pero no en términos de proceso en donde la interculturalidad contiene aspectos contradictorios y en permanente cambio, implicando la mayor parte de las veces un proceso conflictivo, antagonico, de hegemonía y subalternidad entre dos o más culturas”. (S. Lerín Piñón:2004:2)

Este proceso es entonces complejo y conflictivo, y en líneas generales implica que las interacciones entre los diferentes grupos permitirían la construcción de un espacio común de

prácticas e intercambio de experiencias. Sin embargo, estos planteos de interculturalidad han despertado también suspicacia y desconfianza en muchos grupos no hegemónicos, ya que siempre se encuentra pendiente el problema de si no es sólo un cambio de fachada para encubrir la continuidad de políticas asimilacionistas por parte del estado-nación.

(A.M.Gorosito Kramer, E. Achilli, L. Tamango:2008:7).

Por otra parte, la ya extensa bibliografía existente en relación a experiencias interculturales llevadas a cabo por el Estado en América Latina, nos muestra que la mayor parte de éstas no han sido satisfactorias debido a diferentes causas. (L. Abad González:2004; M. Bertran Vila:2004) En los casos en que puede hablarse de resultados positivos, como fue por ejemplo el programa Willaqquna (Potosí, Bolivia), las autoridades se negaron a llevarlo a otras regiones, aludiendo problemas de financiación (Xavier Albó Corrons:2004)

Sobre políticas interculturales en la Argentina:

En el caso de Argentina, la existencia de los pueblos originarios fue prácticamente negada hasta las dos últimas décadas del siglo XX.

Una vez consolidado el estado-nación en la Argentina, se realizó un fuerte avance sobre una serie de territorios donde no se había realizado una ocupación de hecho, como el caso de gran parte de la Patagonia y el NE. La “política” en relación a los indios fue entonces el genocidio o el sometimiento por vía militar para transformarlos en mano de obra barata. El fuerte impulso hegemónico los volvió invisibles y a la vez consolidó el mito de “el crisol de razas”. En su afán de construir la “identidad nacional”, el Estado Argentino avanzó sobre las diferencias socioculturales de los distintos grupos asentados en nuestro país, sobre todo a través de la educación formal obligatoria.

Es así, que recién después de la recuperación de la democracia, a fines de 1983, se comienza a dar lentamente el proceso de reconocimiento de la existencia de los pueblos originarios. En este extenso proceso, un punto fundamental lo constituye la reforma constitucional de 1994, donde por primera vez se reconoce su preexistencia étnica y cultural, además de una serie de derechos, el derecho a la identidad, a la educación bilingüe e intercultural, a la posesión de las tierras de las comunidades, entre otros.¹

A su vez, las provincias también elaboraron una serie de leyes en relación con todos estos temas. Sin embargo la aplicación y el éxito de estas leyes ha sido disímil, y ha generado en muchos casos nuevas problemáticas

¹ Artículo 75, inciso 17 de la Constitución Nacional Argentina de 1994.

Hay una nueva cuestión que comienza a llamar el interés de los investigadores, ya que el Estado en su accionar ha ido generando nuevas identidades y nuevos actores sociales, además de un nuevo tipo de enfrentamientos al interior de las comunidades. (A. M. Gorosito Kramer:2006).

G. Boccara apela en su análisis de estas situaciones al concepto de “etnogubernamentalidad”, que considera operativo para el abordaje de estas nuevas situaciones. La “etnogubernamentalidad” sería:

“...una nueva forma de gubernamentalidad de tipo étnico que tiende a extender los mecanismos de intervención del estado, así como también a generar nuevas subjetividades, nuevos espacios de poder, nuevos campos de saber y nuevos mercados de bienes simbólicos y exóticos en los cuales los agentes sociales de un nuevo tipo (etnoburócratas, intelectuales indígenas, dirigentes funcionales, terapeutas tradicionales, agentes estatales y para-estatales, etc.) se enfrentan en torno a la definición de los principios legítimos de autenticación cultural y de visión y división del mundo social” (G. Boccara:2007, en F. Fernández:2008:18)

Es así que el campo de las políticas interculturales se transforma en un espacio social fuertemente tensionado, donde los diferentes actores no sólo disputan los espacios sociales de poder, sino también las identidades sociales se reelaboran y resignifican.

Interculturalidad y salud:

A partir de la ley 23302, se crea el Instituto Nacional de Asuntos Indígenas (INAI), que se ocupará de la problemática de los pueblos originarios a nivel nacional.

Si bien existen antecedentes anteriores a 1995, es a partir de ese año, según Mombello, que comienzan a aumentar el número de programas y planes especiales realizados específicamente para dichos pueblos. En el caso del área de Salud, se creó el Programa de Salud de los Pueblos Indígenas, que proveyó equipamiento y capacitación a 250 agentes sanitarios indígenas en cinco provincias del NO argentino. Se dieron luego una sucesión de otros planes, hasta que en junio del 2000, el Ministerio de Salud de la Nación mediante la resolución ministerial N° 472 creó en el ámbito de dicho ministerio el Programa de Apoyo Nacional de Acciones Humanitarias para las Poblaciones Indígenas (ANAHI) que pasa a integrarse dentro del Plan Federal de Salud(2004) de fortalecimiento de la APS. Su propósito es ejecutar programas específicos para mejorar la situación socio sanitaria y el acceso a la salud para las

comunidades de pueblos indígenas. Con este objetivo se crea un área de articulación de las acciones relacionadas de este ministerio y el INAI “con la misión de coordinar y entender en todas las acciones desarrolladas en esa jurisdicción que apunten a la salud de los pueblos aborígenes” (Documento del Ministerio de Salud de la Nación.2006),

El ANAHI entre otras cuestiones, provee de agentes sanitarios indígenas contratados por un período de entre tres y seis meses, “mediante los acuerdos con el Ministerio de Trabajo Empleo y Formación de Recursos Humanos”. Este programa reemplazó el Programa Salud con los Pueblos Indígenas.

Uno de los planes más ambiciosos a nivel salud, lo ha constituido el “Programa de Médicos Comunitarios” (PMC) y el “Posgrado en Salud Social y Comunitaria” (PSSC) del cual forma parte el Subprograma para Pueblos Originarios. Este último se elaboró con el propósito de mejorar la situación socio-sanitaria de los pueblos originarios, desde un abordaje intercultural, basado en el respeto por las tradiciones y las costumbres de las distintas comunidades.

La visión de los profesionales del Subprograma para Pueblos Originarios en la ciudad de Rosario..

El subprograma tuvo una duración en terreno de 1 año y medio (2005-2007). El equipo interdisciplinario estaba integrado en la iniciación de las actividades por 2 médicos, un enfermero, una trabajadora social, una partera, una antropóloga y una nutricionista. Los médicos y la trabajadora social eran residentes de la ciudad de Rosario y el resto del equipo provenía de otras provincias (Jujuy, Buenos Aires) de nuestro país.

Sólo el enfermero contaba experiencia de encuentros interculturales y a su vez se identificaba con un grupo aborígen no toba de nuestro territorio.

A los 3 meses de intentar cumplir con las metas de subprograma, la antropóloga renuncia. Este espacio no fue reemplazado y provoca, según los integrantes del equipo “una pérdida significativa”. En ese corto tiempo habían percibido “la mirada diferente del antropólogo” que hubiese sido de utilidad en el terreno.

La mayor dificultad en el campo fue ser “aceptados” por los vecinos tobas. Para romper con este obstáculo demandan la presencia de sujetos provenientes de una institución gubernamental provincial que trabaja con pueblos originarios, para que funcione como nexo entre el equipo y las familias tobas. Logran comenzar a constituir las primeras redes después de 8 meses de haber iniciado.

En éstos primeros meses se realiza un trabajo de reconocimiento de otras instituciones del distrito intentando buscar información y sensibilizar a: escuelas, vecinales, policía y se

realizan talleres con la gente toba que demanda a un hospital de niños, de 2 nivel provincial, sobre violencia, HIV, parasitosis, entre otros.

En una segunda instancia en una escuela ubicada en la comunidad, les permiten agregar a los cursos de alfabetización para adultos, charlas sobre la salud. El objetivo de las charlas era detectar y formar “multiplicadores de salud”. Logran interesar a algunas mujeres tobas.

Las enfermedades más frecuentes son las parasitosis, las venéreas y las estacionales en los niños, sorprende la poca o nula incidencia de casos de tuberculosis.

A la finalización del programa no se renuevan los contratos a los profesionales por lo tanto se interrumpen todas las actividades iniciadas, sintiendo éstos que lo poco logrado se pierde por la falta de continuidad

La visión de los profesionales del equipo de médicos comunitarios sobre los grupos tobas antes de la llegada al terreno y con posterioridad, pone en evidencia los sentidos cambiantes otorgados a la interculturalidad .

En un primer momento y en parte condicionados por los saberes incorporados en el postgrado, la idea de cultura se acerca a la perspectiva relativista dentro de la Antropología, en el sentido que “toda sociedad tiene su cultura y tienen derechos al respeto y a su estilo de vida” además es ésta una idea frecuente en los saberes cotidianos de distintos conjuntos sociales en los que se naturalizan los estilos de vida del diferente. O sea se acepta al diferente “el indio” como “el que se opone” a “nuestra cultura”.

El trabajo en terreno pone en evidencia no sólo la diferencia, sino la desigualdad (económica social, percibida como más fuerte que en otros conjuntos sociales subalternos), observan que no son un grupo homogéneo, sino que está escindido en subconjuntos, hay distintos líderes políticos y/o religiosos enfrentados entre sí, con planteos diferentes sobre los temas importantes que hacen a la comunidad. Por otra parte, también llama la atención las formas de consumo y la apropiación de pautas de la cultura hegemónica (uso de celulares, zapatillas de marca, ir a bailar, entre otras.)

En síntesis las representaciones sociales con que los profesionales fueron al campo, apuntaban a que los pueblos originarios son atemporales, aislados, que no habían sufrido transformaciones socioculturales.

Estas ideas, si bien pensamos son productos de los procesos de socialización de los curadores, se reafirman desde ciertas perspectivas académicas de la antropología. E inciden fuertemente en la concepción de interculturalidad de éstos profesionales, en donde la misma es vista como una relación simétrica, desconociendo las relaciones de dominio/sometimiento

La Interculturalidad en la Salud Pública

En Rosario, como en el resto del país, la Salud Pública está organizada y diferenciada según pertenezca a la Salud Pública Municipal o Provincial. Si bien ambas se instituyen a partir de la estrategia de Atención Primaria de la Salud. La Salud Pública Provincial, se ha manejado con una perspectiva que tendía al denominado por algunos autores, “modelo de la Clínica clínica” o “tradicional” basado en una serie de programas en que lo colectivo estaría pensado como la sumatoria de los individuos unidos por la especificidad de las patologías en que los factores de incidencia edad, sexo, educación, trabajo y cultura, entre otros, tienen el mismo peso en el juego de las determinaciones en salud. Contaba y cuenta con una serie de programas (de tuberculosis, de chagas, el materno infantil, diabetes, hipertensión., etc), en los que su anclaje son los fenómenos del individuo, y los problemas colectivos se traducen en las estrategias de alto riesgo, que conducen al reforzamiento de programas especializados. Pauta conductas médicas y de los pacientes en detrimento de acciones colectivas, se privilegia generalmente “el control” por sobre las otras actividades. En la etapa actual la Salud Pública Provincial se encuentra en un proceso de transición de las políticas de salud, producto del cambio de autoridades gubernamentales, que intentan producir modificaciones en la gestión que está en marcha en la ciudad hace más de una década.

La salud municipal toma las bases conceptuales de la perspectiva de la “Salud Colectiva” que reconoce la reforma sanitaria brasilera en la cual existe una preocupación por la incorporación de la subjetividad en los procesos de gestión (de Sousa Campos:2001).

El concepto fuerte en esta perspectiva es el de Clínica Ampliada en la que se sugiere “una ampliación del objeto del saber y de la intervención de la Clínica. De la enfermedad como objeto de conocimiento y de intervención, se pretende, también incluir al Sujeto y su Contexto como objeto de estudio y de prácticas de la Clínica.

Mientras tanto, se tratará de una ampliación, no de un cambio, a partir del cual se desdoblará el campo de responsabilidades para la Clínica, será un complejo, una mezcla, resultante de una síntesis dialéctica entre el Sujeto y su Dolencia” (de Sousa Campos: 2001)

Plantea que para terminar con la fragmentación que se origina en la especialización progresiva de saberes y tecnologías será necesario partir de la construcción teórica de los conceptos de Campo y Núcleo de saberes y de responsabilidades. Estos deben ser articulados a las nociones de Equipo (Clínico) de referencia- organización vertical del proceso de trabajo, organización basada en el Campo, espacio de una clínica ampliada- con aquella de Apoyo Especializado Matricial: organización horizontal del proceso de trabajo, en donde se intenta combinar especialización con interdisciplinaridad, especialistas apoyando el trabajo del

Clínico de Referencia conforme el Proyecto Terapéutico coordinado por la referencia adecuada, pero elaborado en permanente negociación con el equipo involucrado en la atención matricial y en la que ocupa un lugar central que es la del Clínico de Referencia y sus pacientes.

Una de las metas es “superar la fragmentación entre la biología, subjetividad y sociabilidad trabajando con Proyectos Terapéuticos amplios, que expliciten objetivos y técnicas de acción profesional y que se reconozca un papel activo para el ex_paciente, para el enfermo en lucha y en defensa de su salud, en general, interrelacionado con la salud de los otros. Es una crítica que se pretende dialéctica que la Clínica clínica está obligada a reconstruir reconstruyendo alternativas concretas de saberes y de praxis: una clínica reformulada y ampliada” (de Sousa Campos:2001)

Las problemáticas relacionadas con los procesos de atención en los espacios de interculturalidad, tienen mayor cabida dentro de la salud municipal como lo expresan las concepciones teóricas en que se apoya el modelo de salud socio- sanitario; y como surgen de fuentes secundarias analizadas por nosotras, en los que hay una valoración y preocupación por la salud de los grupos étnicos (mayoritariamente tobas) que se encuentran dentro del área de influencia de los servicios.

Se reconoce que los grupos tobas son los de mayor criticidad con alto grado de vulnerabilidad que requieren de intervenciones a un nivel de mayor complejidad, interdisciplinaria y articulación con otras áreas/sectores.

Expresan que:

“Una situación a destacar es la del grupo de familias tobas del barrio “los Pumitas”. Este grupo humano comparte las condiciones de pobreza extrema de muchos otros sectores de pobres urbanos, pero a esta condición general se agregan las características particulares vinculadas a su condición étnica. Se trata de un sector de población recientemente migrado, con una lengua diferente, hecho que de base plantea a este grupo una serie de dificultades en las estrategias comunicativas con los otros, pero principalmente es portador de una serie de características culturales que conllevan otras representaciones en torno a la organización del tiempo, de una diversidad de aspectos de la vida cotidiana, y en particular, en lo que refiere a los modos de significar los procesos de salud/enfermedad y las necesidades de atención” (Quadri y otros: 2006)

Y agregan que

“ en el caso del Centro, en cambio el reconocimiento de las singularidades de este grupo étnico implica incluir otros aspectos que complejizan en alto grado las tareas de

gestión y asistencia bajo el concepto de “clínica ampliada” ya que plantea permanentemente la necesidad de diseñar estrategias y dispositivos creativos de inclusión de este grupo y, de base, un esfuerzo autogestivo al interior del equipo, de lecturas específicas sobre sus valores culturales, con el propósito de facilitar la implementación de las intervenciones a otros niveles de atención, en el contacto con otros especialistas, etc.” (Idem anterior).

En este texto identificamos problemáticas comunes en las “impresiones subjetivas” de los profesionales de la salud tanto en el sector municipal como en el provincial que surgen del trabajo de campo por nosotras realizado. Pero nos parece necesario remarcar que las publicaciones científicas, de los dos sectores, no identifican información socio-epidemiológica de este grupo étnico, sino que se homogeniza a los usuarios y se los distingue y agrupa por patología.

Por otro lado los profesionales de ambos sectores significan como problemática la falta de demanda de atención de la gente toba, fundamentalmente en el sector municipal que emplea diferentes estrategias para generar la demanda, impulsadas desde la dirección de salud municipal. Dichas estrategias encuentran diferentes obstáculos, entre ellos, aquellos provenientes de algunos profesionales médicos, en parte por entrar en contradicción con los saberes médicos en los que las problemáticas socio-culturales no están instituidas en las prácticas médicas.

Dentro del sector municipal, los profesionales reconocen que los demandantes tobas de atención al centro de salud son los que “ya están occidentalizados”, refiriéndose a los pacientes con más tiempo de permanencia en nuestra ciudad. Observamos como ésta clasificación tiene fuertes componentes valorativos.

Por otro lado estiman algunos profesionales que generalmente se encuentran en una situación de permanente desborde asistencial como consecuencia de las nuevas políticas que aumentan la cantidad y calidad de las ofertas de salud para toda la población y por lo tanto se hace más laborioso incluir modalidades de atención que contemplen las particularidades de los Qom.

En sucesivas investigaciones hemos abordado la interculturalidad en las instituciones de salud con diferentes complejidades, pertenecientes todos a la Secretaria de Salud de la Provincia de Santa Fe que como afirmamos anteriormente se encuentra en un momento de transición de las políticas y particularmente las de salud. Como resultado y sintetizando las regularidades que se observan, podemos afirmar que no existen formas organizacionales y de gestión interculturales, por lo menos hasta la mitad del año en curso, en que hemos realizado nuestro

trabajo de campo, sino que dependen de la “sensibilidad” o apertura, en algunos casos de la dirección de la institución, o de algunos profesionales o bien de ambos.

En un centro de salud provincial, las relaciones entre un grupo de médicos pediatras, que trabajaban bajo las normativas del Programa Materno Infantil, con pacientes tobas y las autoridades provinciales eran tensionantes y conflictivas. Por un lado porque algunos de ellos reconocían que debido a las características culturales de estos pacientes, no se cumplían ordenadamente los controles del niño sano, hecho que les ocasionaba sanciones de la supervisión de dicho programa. Y por otro, estos mismos profesionales aceptaban que las relaciones con los pacientes tobas, sobre todo en los reconocimientos, se caracterizaban por su tensión e incertidumbre .

Por lo tanto percibían que el discurso y las maniobras propias de la relación médico-paciente debían ser cuidadosamente controladas, ya que surgían con frecuencia por parte de usuarios qom alusiones a no ser discriminados, o en otros casos, solían encerrarse en un profundo mutismo. Pese a esto algunos profesionales mostraban una actitud de apertura o de “sensibilidad”, intentando un “diálogo intercultural”, pensando a éste como un espacio de intercambio de experiencias en una situación de igualdad. Por ejemplo, a través de la organización de talleres.

En el caso de un hospital de niños de segundo nivel, también observamos una distinción especial a éstos pacientes, que comienza con la oleada de migrantes tobas a fines de la década del ochenta y principio de los ‘90. Esta distinción se da por iniciativa de la directora médica, que se mostraba abierta a la situación de los qóm; sin embargo paralelamente, se percibía la presencia de estos pacientes como problemática, ya que eran recurrentes en la internación.

Cuando se abrieron las salitas de internación en dicho hospital (hasta el momento sólo contaba con consultorios externos) se “permitió” la entrada del “piogonaq”, quién acompañaba a los profesionales en las consultas de sala; se intentaba dejar de lado las prácticas médicas agresivas y al mismo tiempo un grupo de profesionales realizaban diferentes actividades de acompañamiento, entre ellas, talleres de nutrición y una huerta comunitaria.

Estas actividades fueron paulatinamente dejadas de lado ya que de alguna manera atentaban contra las normativas hospitalarias, pero se mantiene entre los profesionales (médicos y enfermeras) la cuestión de considerar que los usuarios qóm en este hospital han tenido y tienen un lugar especial por el “respeto a su cultura”.

Pero a su vez identificamos en muchos de estos profesionales juicios de valor discriminatorios, resultados de los procesos de socialización de los mismos y que se condensan en la sociedad nacional. Tienden a considerar que los grupos originarios no han alcanzado la madurez intelectual y afectiva de la cultura occidental. Generalmente los profesionales construyen actitudes paternalistas, en tanto que para otros el “indio” es poseedor de las características del “buen salvaje”, ya que no estaría contaminado por los comportamientos negativos de nuestra sociedad .

En el análisis de la accesibilidad a los procedimientos de la práctica de la biomedicina de los grupos qóm, en comparación con otros conjuntos culturales, en un Hospital Central del ámbito provincial, nos detuvimos básicamente en dos aspectos: las modalidades de ofrecimientos de turnos del hospital y la visión y valoración de los profesionales de la biomedicina.

El ofrecimiento de turnos tiene diferentes modalidades según se trate de la especialidad médica requerida, en algunas especialidades como oftalmología, los turnos se otorgan con un mes de anticipación y se agotan rápidamente. Otras especialidades como ginecología y pediatría atienden tres veces por semana y el turno se obtiene más fácilmente. Los agentes sanitarios que vinculan el hospital con los barrios, frecuentemente son los encargados de sacar los turnos a pedido de la población. Juntamente con el turno se debe abonar un bono que varía de acuerdo a lo que declara el paciente en relación a sus recursos económicos. Si el turno se pierde por alguna problemática del paciente o por la ausencia del profesional o por paros del personal, el itinerario se debe reiniciar nuevamente. Se suma a lo anterior que el personal administrativo cuenta con la posibilidad de castigar al paciente que perdió el turno negando la existencia de los mismos, o a aquel paciente que no puede abonar el bono es sancionado debiendo esperar más de una hora para que le entreguen su turno. La subordinación de los usuarios-pacientes a las modalidades organizacionales, comienza en la puerta de entrada del hospital.

Es heterogénea la visión de los profesionales sobre estos conjuntos sociales, pero todos señalan el problema de la insuficiencia en la competencia comunicativa, las diferencias culturales ante enfermedad y la muerte, diferencias en la percepción del tiempo.

Para algunos la demanda de los qóm se concentra en patologías consideradas graves y perduran los problemas de comunicación que trae aparejado la preocupación por la probabilidad de interpretación incorrecta de las indicaciones terapéuticas.

Son pocos los médicos que expresan la necesidad de comprender al qóm (más allá del acto comunicativo), en los significados culturales con el objetivo de trabajar con mayor eficacia con este grupo población.

Afirman que los niveles de alarma ante la enfermedad son bajos, y además que no reclaman un diagnóstico, solamente “esperan” que se resuelvan y que se realicen las acciones pertinentes. Generalmente no explicitan la preocupación ni reclaman un pronóstico sobre la enfermedad, ni expresan el dolor y la angustia ante la muerte.

En los testimonios de nuestros informantes existe consenso sobre la apropiación de la mayoría de los demandantes qóm sobre los aspectos organizativos de la institución hospitalaria. Entre ellos médicos pediatras destacan, la utilización correcta de la demanda de turnos que permite elegir el profesional.

Sin embargo, es problemática la presencia de estos pacientes en el sector de internación. Según el testimonio de los médicos se observan “conductas no apropiadas”. Estas básicamente son la falta de asepsia en las salas de internación, muchas veces por el desconocimiento del uso de sanitarios. Por lo tanto los qóm pasan a ser los que tienen comportamientos impugnados y se agrava por el hecho de que muchas veces los mecanismos para “disciplinar” encuentran resistencia pasiva en los mismos.

En los testimonios de estos profesionales son diversas las consideraciones sobre si aceptan las derivaciones o el seguimiento de los tratamientos.

La diferencia en la percepción del tiempo es un diacrítico fuerte percibido por profesionales en los movimientos corporales, en la lentitud de las actividades y en el desconocimiento de muchos de ellos del sistema horario. Muchos profesionales valorizan esta cuestión, comparándola con los tiempos de “nuestro” sistema capitalista, en el que todas las actividades de la vida cotidiana deben ser realizadas con rapidez, ocasionando problemas de salud/enfermedad, entre otros el “stress”.

Contradictoriamente con esta afirmación, en los espacios del consultorio es valorada como un hecho negativo, ya que el tiempo de la consulta es mayor que con los pacientes no tobas y por lo tanto debería ser contemplado por las autoridades correspondientes.

Consideraciones finales:

En lo que respecta al Sistema de Salud Municipal, la clínica ampliada permite una mayor “sensibilidad cultural” y apunta a aumentar la demanda de la población, pero no se amplían paralelamente los recursos para enfrentar dicha demanda. Esto provoca que en muchos casos la atención de la salud se encuentra limitada por el desborde de la demanda. En tanto en el

Sistema de Salud Provincial, en los espacios analizados por nosotras, encontramos que todavía impera la clínica clínica, y esto indudablemente condiciona los saberes y las prácticas médicas.

Por otra parte, si bien hemos marcado la “sensibilidad cultural” de los médicos, éstos no presentan en la construcción de sus saberes y prácticas, una real apropiación del concepto de interculturalidad. Esto último implicaría aceptar los conceptos de salud de los pueblos originarios como válidos, y que se utilicen como eje central para promover la salud en el contexto ampliado de su desarrollo.

Si bien la clínica ampliada apunta a una visión más compleja del proceso de salud/enfermedad/atención, los conflictos, las contradicciones y la heterogeneidad sociocultural de la gente toba, obstaculizan los intentos de una interculturalidad en acción.

Por otra parte, la etnomedicina toba presenta una visión aún más compleja e integral de los problemas de salud, y desde esta visión, la clínica ampliada es insuficiente para las expectativas de los grupos tobas. Por lo tanto para éstos últimos, la biomedicina juega como una medicina complementaria.

Con respecto a los programas cabe considerar que por un lado, hay una falta real de participación de los pueblos originarios en la gestión y decisión en los programas de salud, condición que contradice la tan sostenida “interculturalidad”. Esto trae aparejado la continuidad de acciones que reproducen las prácticas de la biomedicina.

Por otra parte, la misma falta de continuidad de los programas impide un buen aprovechamiento de los recursos humanos, materiales y simbólicos, e incide negativamente en la situación de salud de los pueblos originarios.

Para finalizar en relación a los servicios de salud, nos remitimos al planteo de Didier Lacaze:

“...si bien la interculturalidad presupone el reconocimiento de la validez de otros modos de conocimiento y acción que los occidentales, las nuevas estrategias pueden entonces construirse sobre la capacidad propia de los pueblos indígenas para asumir un papel más activo en la concepción, el diseño la gestión y el control de los sistemas locales...” (D. Didier Lacaze:2008:5)

Bibliografía:

ABAD GONZÁLEZ, L. (2004): “Salud intercultural y pueblos indígenas. La experiencia de un programa de salud de atención primaria con comunidades Aguaruna de la selva amazónica

- del Perú”. En: “Salud e interculturalidad en América Latina”. G. Fernández Juárez, comp. Abya Yala, Ecuador.
- BERTRÁN VILA, M. (2004): “Servicios de salud con sensibilidad cultural”. CIESAS, México.
- CAMPOS NAVARRO, R. (2004): “Willaqkuna. Un programa de salud intercultural en Bolivia. En: “Salud e interculturalidad en América Latina”. G. Fernández Juárez, comp. Abya Yala, Ecuador.
- CARRACEDO, E.; VIGLIANCHINO, M. (2007): “Reflexiones sobre intervenciones socio-médicas en contextos de interculturalidad”. “9 Jornadas Rosarinas de Antropología Socio-cultural”, Escuela de Antropología, Facultad de Humanidades y Artes (UNR).
- CORRONS ALBÓ, X. (2004): “Interculturalidad y salud”. En: “Salud e interculturalidad en América Latina”. G. Fernández Juárez, comp. Abya Yala, Ecuador.
- DE SOUSA CAMPOS, G. (2001): “Gestión en salud”. “En defensa de la vida”. Ed. Lugar, Bs. As.
- DIDIER LACAZE, D. (2008): “Experiencias en medicina tradicional y salud intercultural en la Amazonia Ecuatoriana”. <http://hum.gu.se/institutioner/romanska-sprak/iberoamerikanistitutet/publikationer/anales> (acceso, 8.10.2008)
- FERNÁNDEZ, F. (2008): “Políticas públicas en salud e interculturalidad”. Tesis de Licenciatura, Facultad de Humanidades y Artes (UNR).
- GOROSITO KRAMER, A.M.; ACHILLI, E.; TAMAGNO, L. (2008): “Un debate sobre la interculturalidad”. Ministerio de Educación de la Nación.; <http://coleccion.edu.ar/coleccion/CD9/contenidos/sobre/pon6>.
- GOROSITO KRAMER, A.M. (2006): “Liderazgos guaraníes. Breve revisión histórica y nuevas notas sobre la cuestión”. En: Revista Avá, N° 9, Posadas, UNM.
- LERÍN PIÑÓN, S. (2004): “Interculturalidad en salud: concepto, definiciones, estrategias y acción”. CIESAS, México.
- KYMLICKA, W. (1996): “Ciudadanía cultural”. Paidós, Barcelona.
- MENÉNDEZ, E. (1996): “De algunos alcoholismos y algunos saberes”. Ediciones de la Casa Chata. México D.F.
- MENÉNDEZ E. (2002): “La parte negada de la cultura” Ed. Bellaterra. Barcelona
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (2005): “Programa de Médicos Comunitarios”. www.medicoscomunitarios.gov.ar.

MOMBELLO, L. (2002): “Evolución de la política indigenista en Argentina en la década de los noventa”. UNC - IDES

REIGADAS, M. (2003): “Multiculturalismo: ¿Crítica al eurocentrismo o etapa superior del capitalismo?. En: “Globalización y nuevas ciudadanías”. En: M. Reigadas y C. Cullen, comp. Ediciones Suarez, Mar del Plata.

ROSEN, M. (2006): “Un nuevo modelo para la gestión”. Congreso de Políticas en salud para excluidos”. Guatemala.

QUADRI, A. y otros (2006): “El modelo de adscripción en el Centro de Salud Juana Azurduy”. Revista “Investigación en Salud”, vol.7, publicación científica de Salud Pública Municipal, Rosario.