

SALUD PÚBLICA Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

ANA ROSA PRATESI

RESUMEN

La relación entre la medicina y las ciencias sociales ha sido, y sigue siendo, ambigua y/o conflictiva. La medicina reconoce una profunda raíz biológica y una racionalidad que gira alrededor del par salud – enfermedad, la lógica de la práctica clínica. Si bien existe una diversidad de abordajes desde la sociología, la psicología social y la antropología, al campo de la salud como práctica social, estas disciplinas no han ganado aún el reconocimiento de las instituciones oficiales y de los profesionales médicos.

Considerando a la medicina como un intento de transformar mejorando las condiciones de salud de la población se convierte en objeto de la Antropología Aplicada. Este trabajo es un intento de aproximación a la posibilidad de realización de la tarea a la que refiere Bastide en tanto estudio del hombre cuando sus obras pretenden actuar sobre la realidad para modificarla, y tiene su origen en reflexiones surgidas en la tarea que realicé en el área de salud pública de la Provincia del Chaco coordinando talleres y reuniones con profesionales de las instituciones de salud y con representantes de la comunidad.

Surge como problema que un importante sector de la población no recurre al servicio sanitario institucionalizado porque les es imposible comunicarse con los profesionales, aún hablando el mismo idioma. Así es como la práctica en el campo de la salud pasa por otros circuitos: curanderos, sanadores, pastores, etc. Esta situación alcanza su punto máximo en las etnias toba y wichi, que han desarrollado un sistema de salud a partir de concepciones de salud, enfermedad, vida y muerte que tiene escasos puntos de contacto con la medicina oficial.

Sin embargo estas barreras y aislamiento entre el sistema oficial y el sistema popular de salud no pueden entenderse sólo como causa de culturas diferentes sino de los sistemas de interacción en las que se producen y reproducen. Se trataría de un contexto en el que prevalece la desigualdad entre los sujetos y se imponen las relaciones de autoridad.

Esta primera aproximación ofrece un panorama desalentador y la participación comunitaria aparece como un objetivo irrealizable o, al menos, de difícil logro; la creación de las condiciones de posibilidad para que se produzca la participación comunitaria es una tarea sostenida con metas a mediano y largo plazo.

El trabajo analiza algunas formas participativas que se han realizado en Brasil y Argentina, incluido el Chaco. Es indudable que en cada experiencia hay una intención de reducir las desigualdades entre los decisores políticos y los profesionales de la salud por un lado, y la población objeto de las políticas por el otro.

En el caso de Sistema de Información se da un paso importante en ese sentido ya que el conocimiento de los datos de la realidad es una de las condiciones de posibilidad para el logro de la participación de la población. El Antropólogo interviene como Asesor y/o Divulgador científico.

Los Consejos de Salud son espacios de puja de poderes entre grupos sociales, políticos, económicos, religiosos, etc. La dinámica que predomina es la de la discusión y negociación y los resultados que se obtienen de esta interacción son compromisos negociados. En esta situación el Antropólogo debe decidir entre dos alternativas, ser Asesor del conjunto de los grupos participantes, o el de Defensor de los grupos más débiles.

En el Abordaje conjunto, Endoepidemiología y Proyecto Comadronas las fronteras entre los sistemas socioculturales se abren, permitiendo el flujo de conocimientos y valores de uno a otro. Se trata de una relación que deriva en acuerdos ecuánimes por los que las partes ponen en juego su responsabilidad, consideración y reconocimiento. El antropólogo se define en el papel de Mediador, facilitador de la comprensión entre ambos grupos.

Introducción

La relación entre la medicina y las ciencias sociales ha sido, y sigue siendo, ambigua y/o conflictiva. La medicina reconoce una profunda raíz biológica y una racionalidad que gira alrededor del par salud – enfermedad, la lógica de la práctica clínica.

Hay un momento en que la clínica confluye con las ciencias sociales, es cuando la medicina se ocupa de las enfermedades en un escenario, de los enfermos en una población, así es como surge la epidemiología. (de Almeida Filho, 1992)

Esta ciencia, legitimada en el campo de la medicina, expresa un apareamiento entre teorías de la enfermedad, propio del discurso de la clínica, y el lenguaje de las variables de la sociología clásica, con su dependencia a las leyes de los grandes números producto del colectivo poblacional que es su objeto.

Si bien existe una diversidad de abordajes desde la sociología, la psicología social y la antropología, al campo de la salud como práctica social, estas disciplinas no han ganado aún el reconocimiento de las instituciones oficiales y de los profesionales médicos.

Considerando a la medicina como un intento de transformar mejorando las condiciones de salud de la población se convierte en objeto de la Antropología Aplicada como la concibe Roger Bastide: *“Si la antropología se ha definido como el estudio del hombre y sus obras, la antropología aplicada sería el estudio del hombre cuando sus obras pretenden actuar sobre la realidad para modificarla”* (Uribe Oyarbide: 1999, 32)

Este trabajo es un intento de aproximación a la posibilidad de realización del estudio al que refiere Bastide y tiene su origen en reflexiones surgidas en la tarea que realicé en el área de salud pública de la Provincia del Chaco coordinando talleres y reuniones con profesionales de las instituciones de salud y con representantes de la comunidad.

La multiculturalidad y la deficiente situación sanitaria hacen de la provincia una región de gran interés para las ciencias sociales en general y

para la Antropología Aplicada en particular: *“La Provincia del Chaco tiene una heterogeneidad cultural asociada entre otras causas a la convivencia de distintos grupos étnicos en su territorio: mocovíes, tobas, wichis, “gringos”, criollos. Esto imprime, dentro del ámbito del sector Salud, características particulares a la relación oferta-demanda. La realidad provincial presenta además la siguiente situación: una mortalidad infantil del 34.0 por mil, en tanto que en Nación es del orden del 22.2 por mil, asimismo el 11.5 por ciento de las muertes que se registran en la Provincia no han tenido atención médica; la provincia tiene el 38.3 por ciento de su población en hogares con NBI, cuando el promedio del país alcanza el 19.3 por ciento”* (Bergallo, 1999)

I. Salud y Políticas Públicas

La intervención política sobre el cuerpo y la salud de la población surge, siguiendo a Foucault, con el capitalismo que instrumenta la medicina como biopolítica.

“Sostengo la hipótesis de que con el capitalismo no se pasó de una medicina colectiva a una medicina privada, sino precisamente lo contrario; el capitalismo, que se desenvuelve a fines del siglo XVIII y comienzos del siglo XIX, socializó un primer objeto, que fue el cuerpo, en función de la fuerza productiva, de la fuerza laboral. El control de la sociedad sobre los individuos no se opera simplemente por la conciencia o por la ideología sino que se ejerce en el cuerpo, con el cuerpo. Para la sociedad capitalista lo importante era lo biológico, lo somático, lo corporal antes que nada. El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica.” (Foucault: 1990,125)

Los organismos internacionales que integran la macroesfera social (Cardoso de Oliveira, 1998) como la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, UNESCO y UNICEF son los que imprimen la vección de las políticas públicas y, en el caso de la salud, la consideran explícitamente como un derecho humano básico. También integran esta esfera los organismos financiadores de los programas de desarrollo, como Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo BID.

En las últimas décadas estos organismos impulsan la gestión de las políticas, entre ellas las de salud, con la participación de la comunidad¹. A manera de ejemplo tenemos que:

- La OMS convoca en 1978 la “Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud” en Alma Ata (ex URSS) En el documento conocido como la Declaración de Alma Ata se deja establecido que *“el pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud”*. (OMS/UNICEF, 1978)
- La UNESCO auspicia en 1981 la “Reunión de peritos sobre etnodesarrollo y etnocidio en América Latina”, realizada en San José de Costa Rica, en la que se propone como política recomendada el desarrollo alternativo o etnodesarrollo. (Cardoso de Oliveira R. y L., 1996) Esta estrategia debe cumplir un requisito básico para que sea eficaz en el tratamiento de los problemas de los pueblos del Tercer Mundo: que sea un desarrollo no tecnocrático, que se abra a la participación de las poblaciones en las etapas de planificación, ejecución y evaluación. (Cardoso de Oliveira, 1998)

Estas líneas políticas son las que orientan las medidas de gobierno que se aplican a través de las instituciones públicas nacionales y de organizaciones no gubernamentales, es decir el ámbito de la mesoesfera social (Cardoso de Oliveira, 1998).

En esta esfera se evidencia la injerencia de los organismos del estado sobre los habitantes de su territorio, midiendo su cuerpo, controlando su estado de salud y regulando las prácticas sanitarias. *“Podría afirmarse que en la actualidad está surgiendo lo que en realidad ya se venía preparando desde el siglo XVIII, es decir, no una teocracia, sino una somatocracia. Vivimos en un régimen en que una de las finalidades de la intervención estatal es el cuidado del cuerpo, la salud corporal, la relación entre las enfermedades y la salud”* (Foucault: 1990, 97)

¹ En otros trabajos analizo la “paradoja de la participación”: participar es un acto voluntario, espontáneo, de iniciativa personal que no puede surgir de una orden ni de una sugerencia. Cuando se la propone como requisito para la implementación de programas sociales, se la anula como participación genuina. Ana Pratesi (1997) “De las necesidades a los recursos”

Los intereses y direcciones que toman las políticas conforman la llamada “razón de estado”, que no es moralmente neutra, ya que en la acción del estado entran en contacto los valores particularistas de la comunidad con los valores universalistas de los organismos internacionales. (Cardoso de Oliveira R y L, 1996)

Constatando este solapamiento de las tres esferas en la acción del Estado a través de programas de desarrollo, es posible compartir la definición de Gimeno Martín: *“Considero un proyecto de desarrollo, en la mejor tradición de la antropología, como un “hecho social total”, que – ahora en la línea de la economía política antropológica -, constituye un proceso de cambio social, complejo y tenso; pone en relación (de manera asimétrica y desigual) a una gran diversidad de actores, con sus propios fines y estrategias, mediante las cuales intentan mejorar la situación de una población marginada o excluida. Por supuesto que lo que se entiende por mejora o marginación, no es un terreno consensuado, y está en la base de la confrontación de las estrategias de los actores que interactúan en este proceso.”* (Gimeno Martín: 1999, 65)

Para comprender el proceso y las relaciones de las que habla Gimeno Martín propongo una descripción de la situación que se vive en los servicios públicos de salud en la Provincia del Chaco.

II. La interacción en los servicios de salud pública

En la microesfera social (Cardoso de Oliveira, 1998) se visualiza el contexto interactivo en el que se ejerce el derecho a la salud invocado desde la macroesfera. En el se recortan dos polos de la interacción; por un lado, la comunidad como colectivo y los pacientes como individuos objeto de las intervenciones, y, por el otro, las instituciones sanitarias y los profesionales agentes de las políticas. Desde ambos polos se expresan vivencias de profundo malestar, marcado por desaliento en los profesionales y disconformidad en la población asistida.

Los profesionales de la salud (médicos, enfermeros, bioquímicos, trabajadores sociales, etc.) plantean una discusión acerca de las políticas en salud pública.

Algunos de ellos critican el hecho de que las acciones que realizan son eminentemente asistencialistas, la comunidad se informa pero no participa, los

programas vienen de arriba hacia abajo y se imponen sobre la comunidad. Consideran que sería más efectivo si surgieran de la gente; por otra parte evalúan que el uso que se hace de los fondos se vuelca hacia acciones ineficaces.

Otro grupo opina que lo correcto es actuar cuando se detecta algún problema, las estadísticas aportan los datos necesarios para saber cuáles son los problemas y necesidades de la población sin necesidad de ratificarlo, el siguiente paso de los programas es informar a la comunidad. En ese sentido: *“Peor es no hacer nada”*.

Hay un punto en el que se llega a un consenso: ante la cuestión de quién tiene el poder de decisión, surge la respuesta de que esto pasa sólo por el nivel político central, es decir ministerios nacionales y provinciales, mientras los trabajadores de la salud y la comunidad no son escuchados.

Cuando se refieren a las comunidades a las cuales asisten, hay una tendencia acentuada a verla como ignorante: *“Sabem poco y nada, depende del nivel social”, “La comunidad es ignorante o no exige”*.

Encuentran que en la población hay sectores de muy difícil acceso, orientados hacia la pseudomedicina, a quienes cuesta mucho hacerles entender acerca del cuidado de la salud. *“Ante la enfermedad recurre a distintos circuitos: médico, enfermero, farmacéutico, curandero, pastor, etc.” “La comunidad tiene – lamentablemente – el saber del curandero.”*

Se hace referencia a la población toba como una comunidad que *“quiere todo regalado”*, algunos consideran que esto es así por las políticas que se han implementado y la manipulación que se hace con ellos.

Como diagnóstico global surge que el sistema de salud funciona sobre la base de esfuerzos individuales para resolver situaciones, en el marco de una cultura de no participar, de no tomar decisiones.

Unos pocos médicos evalúan críticamente la formación universitaria de grado que han recibido, exclusivamente biologicista, con ausencia total de la percepción del paciente en cuanto persona. Son los médicos que pueden valorar algunas prácticas de salud de la comunidad. *“La comunidad es la que más sabe, pero no le preguntamos nunca y erramos el camino cuando queremos cambiarles” “El curandero es eficaz porque los escucha, mientras que al médico no se lo forma de esa manera”*

El médico como profesional altamente normalizado, en su actividad sanitaria es un agente altamente normalizador. En Argentina se repite la situación que Foucault describió para la Alemania siglo XVIII: *“Un fenómeno importante de la normalización de la práctica y del saber médico fue el de dejar en manos de la Universidad, y sobre todo de la propia corporación de los médicos, la decisión sobre la formación médica y la concesión de los títulos. La medicina y el médico, son, por lo tanto, el primer objeto de la normalización. El concepto de normalización empieza a aplicarse al médico antes que al enfermo”* (Foucault: 1990, 130)

La relación normalizador – normalizado se traduce en una interacción basada en la autoridad, es decir en la desigualdad entre médico y paciente, entre institución sanitaria y comunidad.²

Esta situación se visualiza claramente en los mensajes verbales (orales o escritos) que los profesionales dirigen a los pacientes. Aún cuando se trate de campañas de prevención en las cuales la persuasión es clave, el mensaje siempre es una orden, se impone un deber hacer, a veces apelando a la culpa (una buena madre cuida a sus hijos con la práctica indicada), otras veces al miedo (si no hace esto sufrirá estas consecuencias), o al simple argumento de autoridad basado en el saber oficial. En la comunicación personal médico paciente el esquema del mensaje es el mismo.

El autoritarismo llega al límite de la despersonalización del paciente. Es muy frecuente que el profesional no tenga en cuenta la vivencia de intimidad del paciente, exponiendo su cuerpo y su dolencia a la mirada de una multiplicidad de personas: médicos, enfermeros, mucamas, y aún personal administrativo de la institución.

Se trata de una violencia cuya intensidad expresan fundamentalmente las mujeres de clases populares o etnias indígenas. Mencionan el caso de las parturientas en las maternidades convertidas en *“olla popular donde todos meten la mano”*, en referencia a los estudiantes de medicina practicantes que, en grupo, hacen su experiencia en la institución pública.

² *“Hoy la medicina está dotada de un poder autoritario con funciones normalizadoras que van más allá de la existencia de las enfermedades y de la demanda del enfermo.”* (Foucault: 1990,108)

La distancia social entre los pacientes que demandan y los profesionales demandados se expresa en la dimensión temporal. Las largas jornadas de espera que soportan los pacientes para que se les adjudique un turno de consulta para semanas posteriores, es la moneda corriente en los Hospitales, los lapsos se acortan en los Centros de Salud localizados en las comunidades.

Se trata de una realidad que se repite en las distintas provincias argentinas: *“Los pobres esperan más tiempo para obtener el servicio. El 74% de los pobres han tenido que esperar más de 24 horas para una consulta. Más del 25% de las mujeres pobres no son atendidas por profesionales médicos en sus partos, mientras que virtualmente esto no le sucede a ninguna mujer de otro sector social. Alrededor del 30% de las mujeres pobres reciben atención post-parto, mientras que sólo el 2% de las mujeres de otros sectores carecen de este seguimiento. Los niños pobres tienden a recibir menos vacunas de las que deben.”* (Banco Mundial, 1999)

En determinados momentos el malestar en la comunidad estalla como denuncias graves o protestas colectivas. Sólo en el transcurso del primer trimestre del 2000 han tomado estado público serios conflictos que tienen su eje en el servicio sanitario.

En el Centro de Salud de Villa Los Lirios (Resistencia) un grupo de vecinos denuncia a algunos médicos por negarles atención y hacer objeto de maltrato a los pacientes.

Los pobladores tobas de Colonia Aborígen (Quitilipi) se movilizaron durante semanas protestando contra la separación de su cargo de una médica, a quien valoraban por su aporte a la comunidad con acciones que trascendían el servicio sanitario.

Por iniciativa de periodistas, los pacientes que concurren al Hospital Perrando (Resistencia) exponen las alteraciones que se producen en la vida cotidiana y las tribulaciones que padecen por el solo hecho de solicitar atención médica.

Hasta la fecha ninguna de estas situaciones ha tenido una solución que se acerque a la solicitada por la comunidad.

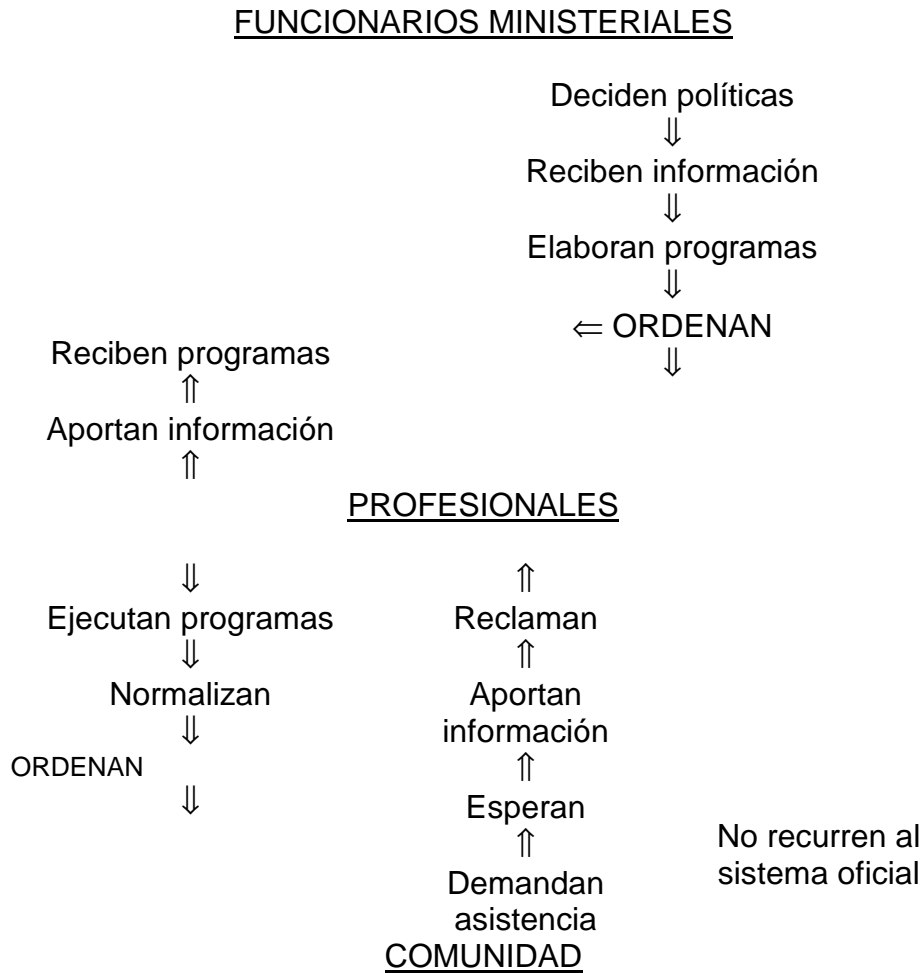
Un importante sector de la población no recurre al servicio sanitario institucionalizado porque les es imposible comunicarse con los profesionales,

aún hablando el mismo idioma. Así es como la práctica en el campo de la salud pasa por otros circuitos: curanderos, sanadores, pastores, etc.

Esta situación alcanza su punto máximo en las etnias toba y wichi, que han desarrollado un sistema de salud a partir de concepciones de salud, enfermedad, vida y muerte que tiene escasos puntos de contacto con la medicina oficial.

Sin embargo estas barreras y aislamiento entre el sistema oficial y el sistema popular de salud no pueden entenderse sólo como causa de culturas diferentes ya que *“las formas simbólicas están siempre insertas en procesos y contextos socio – históricos específicos dentro de los cuales ellas son producidas, transmitidas y recibidas.”* (Thompson: 1998, 192)

Como hemos visto, se trata de un contexto en el que prevalece la desigualdad entre los sujetos y las relaciones de autoridad, dinámica que trataré de reflejar en el siguiente esquema:



Este diagnóstico se ha logrado con la realización de talleres de reflexión que he coordinado con Bergallo en el marco del Programa Participación Comunitaria en Salud del Ministerio de Salud Pública de la Provincia.

En ellos participan profesionales y trabajadores de la salud pública, en algunas ocasiones con integrantes de la comunidad a la que asisten. Se trata de un primer paso en el acercamiento entre los dos sistemas socioculturales, los agentes de salud han llegado por sí solos a estas conclusiones, comienzan a cuestionarse su propia actitud hacia la comunidad y a plantearse la posibilidad de su participación real en las cuestiones de salud.

Bergallo (1999), ha detectado algunos *“aspectos que dificultan la participación:*

- *Los conflictos políticos de las relaciones de poder local.*
- *Actitudes antiparticipativas tanto de funcionarios como de miembros de la comunidad. Hay una modalidad que se ha naturalizado como práctica que es netamente asistencialista, por lo tanto generadora de dependencia, cuyo rédito político se visibiliza como más inmediato que las modalidades participativas.*
- *Dificultad de consensuar el concepto de participación.*
- *La gran atomización que hay de las comunidades, provocada en gran medida por la aplicación de proyectos en los que no cuenta la decisión de la población, lo cual también dificulta su capacidad de gestión.*
- *La sobrevalorización de la institución médica y la negación o represión del saber y redes de las comunidades en el cuidado de la salud.”*

Esta primera aproximación ofrece un panorama desalentador y la participación comunitaria aparece como un objetivo irrealizable o, al menos, de difícil logro. Crear las condiciones de posibilidad para que se produzca la participación comunitaria es una tarea sostenida con metas a mediano y largo plazo.

A continuación paso revista a algunas formas participativas que se han realizado en Brasil y Argentina, incluido el Chaco.

III. Alternativas de participación comunitaria

ALICE ITANI Y EQUIPO SISA (1999) analizan el desarrollo del **Sistema de Información en Salud** que se ejecuta en Río Claro (Brasil) con la finalidad de quebrar el proceso de desapropiación de la salud.

El programa comprende tres niveles de acción: 1) de elaboración sistematizada de los datos para la decisión en políticas públicas; 2) de discusión de los datos para la gestión de la atención y de los servicios, y 3) de promoción de acciones educativas por un sistema de datos e informaciones que contribuyan para un proceso de producción de conocimientos, al mismo

tiempo, de apropiación de la salud por los ciudadanos, que le posibiliten el cuidado y las demandas de los servicios.

Los investigadores constatan que hay un volumen de datos e informaciones que es captado en el proceso de gestión de salud en el municipio, pero se nota una cierta dispersión de esos datos en el sistema institucional de salud. Hay cierta dificultad en obtener los datos necesarios y de utilizarlos para proponer acciones específicas. Esto comienza por la forma en que los datos son recogidos, el funcionario que registra los datos primarios no sabe para que sirven y no le atribuye importancia a su actividad, el que recibe los datos no siempre confía en ellos. De esta manera, los datos no permiten a los dirigentes tener seguridad en el uso de la información en el proceso de toma de decisiones ni le permite a los gestores conocer la condición de los servicios y la salud local.

Para lograrlo, proponen, un sistema de información debe comprender una concepción democrática de salud que presupone el acceso de todos los segmentos de la sociedad, con datos desagregados suficientemente comprensibles y que permita el conocimiento y análisis de las condiciones locales, evaluación de las acciones desarrolladas por los gestores de los servicios con el objetivo de una promoción de salud como parte de la apropiación de esas condiciones.

MARIA INÊS SOUZA BRAVO, (1999) indaga en las formas de **gestión democrática de la salud** en Brasil. Encuentra que en la actual coyuntura brasileña se considera fundamental incorporar a los diversos sujetos sociales preocupados por las políticas públicas de salud en el fortalecimiento del Proyecto de Reforma Sanitaria defendiendo la ampliación de los derechos sociales y las conquistas obtenidas en la Constitución de 1988.

Mecanismos importantes de esa resistencia son los Consejos y conferencias de Salud concebidos como espacios de tensión entre intereses contradictorios en la lucha por mejores condiciones de vida y salud.

La investigación realizada identifica la existencia de 18 consejos municipales de salud en la Región Metropolitana de Río de Janeiro, 10 consejos distritales en el municipio de Río de Janeiro y diversos consejos gestores de unidades de salud.

Los Consejos vienen funcionando precariamente, con pautas definidas muchas veces por el presidente, pero no discutidas ampliamente. La Comisión ejecutiva está compuesta en la mayoría de los casos por un representante del Secretario de Salud, no habiendo comisiones especiales para el análisis de los temas; la periodicidad de las reuniones es mensual.

Los principales temas que se abordan se centran en las cuestiones inmediatas de funcionamiento de las unidades de salud, no hay preocupación por elaborar el plan de salud para el municipio o fiscalizar su implementación.

Esos canales institucionalizados apuntan a la posibilidad de democratizar el espacio público. Aunque aparecen algunas cuestiones:

El poder público no respeta las deliberaciones de los consejos.

Las leyes que regulan el funcionamiento de los consejos no siempre son respetadas.

El funcionamiento de los mismos prioriza la burocratización de las acciones.

Los consejos se posicionan en forma tímida en relación con la agenda neoliberal.

La sociedad civil organizada aún no tiene plena conciencia de los consejos.

La autora propone repensar la dinámica de los consejos para el mayor involucramiento de los participantes y la realización de investigaciones acerca de la temática para la efectivización de asesorías a los Consejos de Salud que apunten al fortalecimiento del control social.

WILLE ARRUE Y BEATRIZ KALINSKY (1991) relatan su experiencia en el sistema de salud de la zona sur de la Provincia de Neuquén (Argentina), centrándose en lo que llaman **abordaje conjunto**, es decir *“la intervención discriminada, simultánea o alternada, de los curadores oficial y popular en la atención de la salud”* (p. 88)

La atención primaria de la salud en un medio intercultural encuentra un recurso en el abordaje conjunto, ya que a partir de la convivencia de distintos grupos humanos, se enfrentan distintas concepciones del proceso de salud, enfermedad, cura, vida y muerte, sostenidas por la medicina oficial y la medicina popular.

Cada una de esas concepciones propone soluciones posibles a los problemas, que expresan puntos de vista basados en vivencias cotidianas, existenciales y trascendentales. Son sistemas socioculturales en

transformación permanente como producto de los intercambios con los otros sistemas.

Esta diversidad de la realidad aporta distintos recursos para la cura, que pueden utilizar tanto el médico oficial como el paciente. En un medio intercultural hay quienes se socializan en una dualidad cultural lo que los mantiene en una situación ambigua y a menudo conflictiva; esta suele ser la situación del personal hospitalario inserto en el sistema oficial, pero muy cercano (por origen) a la medicina popular.

Ante esta realidad *“la propuesta de un abordaje conjunto implica el mantenimiento, e incluso la profundización, de las identidades de los curadores”* (p. 89)

El abordaje conjunto por lo general surge a partir de la demanda del paciente, y adquiere distintas formas según la posición del curador oficial. Así, los autores diferencian:

- Abordaje conjunto suprimido: el médico oficial desconoce la intervención del curador popular, esto se debe a que el paciente oculta la información evitando el posible rechazo y descalificación, y a la negación que el médico hace de la realidad del otro en un marco de interacción muy pobre.
- Abordaje conjunto admitido: el médico oficial acuerda explícitamente con la intervención del curador popular, aunque ambos no se conozcan. El vínculo entre ambos está mediado por la práctica del paciente, con lo cual el desarrollo de la terapia está virtualmente guiado por sus propios criterios.
- Abordaje conjunto ejercido: es una práctica médica que implica una articulación activa entre el curador oficial y el popular, en un proceso de conocimiento mutuo. Suele darse con más frecuencia en el área rural, donde el curador popular y el agente sanitario realizan el seguimiento del paciente, y cuando los problemas familiares y sociales son graves. La eficacia de esta forma depende de mantener la discriminación entre ambos sistemas, es decir, evitando deslizamientos de un sistema a otro que puedan perturbar la articulación.

SEBASTIÁN BERTUCELLI (1998) lleva a cabo la experiencia de la **Endoepidemiología** que consiste en *“el estudio y la articulación de movimientos de búsqueda de salud genuinos o primordiales que se generan en*

las poblaciones de las Américas – aún en las de riesgo ecológico social – para poder impactar sobre las enfermedades que las visitan o residen en ellas.”

Las poblaciones desarrollan movimientos continuos de búsqueda de bienestar construyendo sistemas alternos al sistema de salud institucionalizado, la preocupación en la endoepidemiología es integrarse a esos movimientos, que se han demostrado eficaces y eficientes, para lograr progresivamente la cooperación entre ambos sistemas.

Con esta estrategia el equipo de Bertucelli ha implementado la Minga de la Tuberculosis y la Minga de la Diarrea Infantil en la ciudad de Córdoba, Redes comunitarias en Salud Pública en la Ciudad de Río Tercero, entre otros programas.

MARCELINO FONTAN Y ELIZABET BERGALLO (Bergallo, 1999) han desarrollado el **Proyecto Comadronas** en la Provincia del Chaco. Las Comadronas o parteras tradicionales de la etnia wichi de la región de El Impenetrable, al norte de la provincia, ha adquirido sus conocimientos atendiendo a mujeres durante el parto o aprendiendo de otras comadronas.

Son mujeres mayores originarias de la comunidad a la que sirven, muy respetadas por sus miembros; su servicio es retribuido por la familia de la mujer asistida con dinero, especies o servicios.

La asistencia consiste en: *“el manejo del niño, corte y cuidado del cordón y destino de la placenta; realiza además ciertos cuidados de la madre y el niño como baños y masajes, tareas domésticas y provisión de información durante el embarazo, las cuales pueden ser positivas o negativas desde el punto de vista de la práctica médica del seguimiento y control de la gestación, y período post-natal. Muchas son consultadas para informar sobre planificación familiar y regulación de los embarazos, tales como aborto o infertilidad, en este sentido, algunas desempeñan funciones de médicos “tradicionales”, “yuyeras”, “curanderas” o “asesoras espirituales”* (Bergallo, 1999)

La región de la que hablamos registra el mayor índice de mortalidad infantil de la provincia que tiene el mayor índice de mortalidad infantil en el país. Esta realidad motivó la intervención de UNICEF y el Ministerio de Salud Pública de la provincia a implementar el proyecto Comadronas dirigido por el antropólogo Marcelino Fontan.

Con el desarrollo del proyecto se pudo conocer en profundidad las prácticas sanitarias de esta población, en especial las que tienen que ver con el embarazo, parto y puerperio.

Durante el embarazo las comadronas acomodan al feto con el “manteo”, orientan la alimentación de la embarazada con las creencias tradicionales: no comer huevo para que el hijo no salga vago, no comer carne de cerdo para que no tenga orejas grandes, etc.

En esta comunidad es tradicional el parto vertical, con la mujer en cuclillas, asistida por la comadrona con la participación del marido de la parturienta. Las madres recogen la placenta y la entierran en las cercanías de su casa, con este acto aseguran que sus hijos no se vayan lejos del lugar.

El proyecto consistió en la capacitación de las comadronas reforzando los aspectos positivos de sus conocimientos y neutralizando los negativos. En relación con los últimos se presta especial interés a aumentar la variedad de los alimentos.

La comunidad participa de las decisiones, por ejemplo en la selección de las comadronas, quienes no reciben remuneración del estado, ya que en la vida comunitaria está prevista la retribución por sus servicios.

En la selección de capacitadores y supervisores se valoran aquellos que pertenecen a la comunidad y hablan su idioma, si no es así deben tener la capacidad de comprender y valorar la cultura ajena.

Por otra parte se difunde hacia los profesionales médicos las ventajas del parto vertical que, además de ser tradicionalmente practicado, facilita por la posición el mejor uso de los músculos comprometidos en el parto; hay participación activa de la madre y el padre; con el control de la situación la madre está en un mejor estado psicológico; evita desgarros, episiotomía, cesáreas y goteos.

El proyecto ha tenido éxito, lo que motivó a las autoridades del Ministerio a extender la experiencia a las distintas regiones de la provincia – con características diferentes – creando el Programa de Participación Comunitaria en Salud al cual fui incorporada como psicóloga.

De las cinco experiencias presentadas cabe preguntarse por su eficacia en cuanto al avance de la reapropiación de la población de los servicios de salud y a la profundización del etnodesarrollo.

IV. Mecanismos de participación y Tipos de acuerdos

Es indudable que en cada experiencia hay una intención de reducir las desigualdades entre los decisores políticos y los profesionales de la salud por un lado, y la población objeto de las políticas por el otro.

En el caso de Sistema de Información se da un paso importante en ese sentido ya que el conocimiento de los datos de la realidad es una de las **condiciones de posibilidad** para el logro de la participación de la población. Como plantea Itani, esta información debe ser adecuadamente desagregada y comprensible para que permita a distintos sectores de la sociedad debatir, decidir y actuar sobre las cuestiones de salud.

La intervención del Antropólogo puede adoptar la modalidad de Asesoría – advisory – (Bennett, 1996) orientando acerca de la naturaleza de los datos que la población considera necesarios y la forma de presentación adecuada para operar con ellos, pero también puede aportar la información surgida de sus propias investigaciones al caudal general de datos, convirtiéndose así en un Divulgador científico.

Los Consejos de Salud son espacios de puja de poderes entre grupos sociales, políticos, económicos, religiosos, etc. La dinámica que predomina es la de la discusión y negociación y los resultados que se obtienen de esta interacción son **compromisos negociados** que *“se caracterizan por el énfasis en una orientación más estratégica donde la principal preocupación de las partes está en la obtención de la mayor ganancia posible dentro de las circunstancias, o por lo menos, en la consecución de un acuerdo razonable de las pérdidas y ganancias potenciales”* (Cardoso de Oliveira R y L: 1996,125)

Este mecanismo propuesto para la gestión democrática de la salud basa su eficacia en el hecho de que los grupos tengan una mínima diferencia entre sí (de información, legitimación, autoafirmación), es decir que el debate se produzca en un pie de igualdad, caso contrario se transforma en un mecanismo reproductor de poder y desigualdad.

En esta situación el Antropólogo debe decidir entre dos alternativas, toma el papel de Asesor del conjunto de los grupos participantes, o el de Defensor – advocacy – (Bennett, 1996) de los grupos más débiles.

En el Abordaje conjunto, Endoepidemiología y Proyecto Comadronas las fronteras entre los sistemas socioculturales se abren, permitiendo el flujo de conocimientos y valores de uno a otro. Integrantes de la comunidad asistida y agentes sanitarios conforman una *“única comunidad de comunicación y argumentación”* (Cardoso de Oliveira R y L: 1996, 14), la población deja de ser objeto de proyectos y pasa a ser sujeto de su propio cambio.

Así la población se apropia de elementos de la medicina oficial adaptándolos a su propia estructura, pero también la medicina oficial encuentra recursos valiosos en el sistema popular y los utiliza en el proceso de la cura.

Se trata de una relación que deriva en **acuerdos ecuánimes** por los que las partes ponen en juego su responsabilidad, consideración y reconocimiento, llegando a acuerdos satisfactorios para sus demandas y preocupaciones. (Cardoso de Oliveira R y L, 1996)

El papel del antropólogo se define como el de Mediador (Cardoso de Oliveira R y L, 1996), facilitador de la comprensión entre ambos grupos y responsable, junto con todos los participantes, de la construcción de la comunidad de argumentación.

A modo de síntesis:

<i>Mecanismo de Participación</i>	<i>Condiciones de Posibilidad</i>	<i>Compromisos Negociados</i>	<i>Acuerdos Ecuánimes</i>	<i>Rol del Antropólogo</i>
Sistema de información	⇒⇒⇒⇒⇒⇒⇒			Asesor y/o Divulgador
Consejos de salud		⇒⇒⇒⇒⇒⇒⇒		Asesor o Defensor
Abordaje conjunto			⇒⇒⇒⇒⇒⇒⇒	Mediador
Endoepidemiología			⇒⇒⇒⇒⇒⇒⇒	“
Proyecto comadronas			⇒⇒⇒⇒⇒⇒⇒	“

En este punto volvemos a la relación entre las ciencias sociales y la medicina y, a partir de este análisis, podemos inferir la importancia que adquieren la sociología, ciencias políticas, psicología social y antropología para lograr las condiciones de posibilidad, compromisos negociados y acuerdos ecuánimes.

Sin embargo, es en el logro de los acuerdos ecuánimes donde la antropología pasa a ser imprescindible. Esto es así porque *“La contribución que la antropología puede ofrecer en el tratamiento del problema del cambio social inducido gracias al recurso de modelos alternativos de acción, donde la población objeto de programas de desarrollo, por ejemplo, sea parte de una única comunidad de comunicación y de argumentación, lado a lado con los agentes de cambio social”* (Cardoso de Oliveira R y L: 1996, 14)

Esa comunidad de argumentación se basa en un intercambio igualitario de formas simbólicas, formas que la antropología puede abordar desde sus

distintas dimensiones: intencional, convencional, estructural, referencial y contextual. (Thompson, 1998)

Este aporte de la antropología echa por tierra una tendencia crudamente criticada *“Lo que campea en la antropología aplicada es la voluntad de asimilar minorías a las mayorías, en manos de las cuales se encuentran las llaves del poder y la dirección de la estrategia”* (Bastide: 1972, 30)

Y, parafraseando a Bastide, podremos decir que lo que campea en la antropología aplicada es la voluntad de borrar las desigualdades entre mayorías y minorías, construyendo una comunidad de comunicación donde el poder fluya y las estrategias surjan de acuerdos ecuanímenes.

Referencias Bibliográficas

Arrue, Wille y Kalinsky, Beatriz (1991) De “la médica” y el terapeuta. La gestión intercultural de la salud en el sur de la Provincia de Neuquén. Buenos Aires: CEAL

Banco Mundial (1999) Documento Argentina

Bastide, Roger (1972) Antropología Aplicada. Buenos Aires: Amorrortu

Bennett, John (1996) Applied an Action Anthropology. En Current Anthropology Vol. 36. The Wenner-Gren Foundation for Anthropological Research.

Bergallo, Elizabeth (1999) Programa de Participación Comunitaria en Salud. Resistencia: Ministerio de Salud Pública de la Provincia del Chaco.

Bertucelli, Sebastián (1998) de la Epidemiología a la Endoepidemiología. Mimeo. Universidad Nacional de Córdoba.

Bravo, Maria Inês Souza (1999) A Saúde no Brasil: importância da gestão democrática. ALAS, Concepción, Chile.

Cardoso de Oliveira, Roberto (1998) O trabalho do antropólogo. Sao Paulo: UNESP

Cardoso de Oliveira, Roberto y Cardoso de Oliveira, Luis R. (1996) Ensaio Antropológicos sobre Moral e Ética. Río de Janeiro: Tempo brasileiro.

De Almeida Filho, Naomar (1992) Epidemiología sin números. Organización Panamericana de la Salud. Serie Paltex nº 28. Buenos Aires: OPS- OMS

Foucault, Michel (1990) La vida de los hombres infames. Madrid: La Piqueta

Gimeno Martín, Juan Carlos (1999) Practicando Antropología del Desarrollo. En: Antropología más allá de la Academia. Santiago de Compostela.

Itani, Alice e equipe Sisa (1999) Sistema de informação como instrumento de apropriação da saúde pelo cidadão. ALAS, Concepción, Chile.

OMS/UNICEF (1978) Atención Primaria de Salud. Conferencia Internacional de Alma Ata.

Thompson, John B. (1998) Ideologia e Cultura Moderna. Petrópolis: Vozes

Uribe Oyarbide, José María (1999) Antropología Aplicada: Momentos de un debate recurrente. En: Antropología más allá de la Academia. Santiago de Compostela.