

ANTECEDENTES PARA LA PROPOSICION DE UN MODELO DE SALUD EMERGENTE

Sr. Eugenio Gutiérrez V. *
Dra. Julia González M. **
Dra. Raquel Carrasco T. ***
Sr. Eduardo Sarue D. ****

Cuad. Méd.-Soc., XXIX, 4, 1988/139-143

ABSTRACT: *The different medical systems in Latin America which are considered to be in crisis are analysed and an alternative model is proposed.*

KEY WORDS: MEDICAL SYSTEMS; LATIN AMERICA; HEALTH SYSTEMS.

INTRODUCCION

El conocer la evolución de los diferentes sistemas médicos que han existido en nuestros países y que han sido la expresión de diversos modelos culturales, puede permitirnos reflexionar sobre el modelo actual de salud que consideramos en crisis y plantear desde ya la necesidad de un modelo de salud que hemos nominado como emergente o en gestación.

La deshumanización como una de las expresiones del modelo actual en crisis, debe ser objeto de una interpretación que procure recoger las diversas manifestaciones de la compleja realidad socio-cultural en que ella se inscribe.

El marco de referencia constituido por los sucesivos modelos culturales que pueden ser identificados en América Latina, será un aporte teórico para la proposición de este nuevo modelo cultural en salud.

SISTEMA INDIGENA

El mundo precolombino ha sido escenario de una amplia variedad de sistemas médicos autóctonos. En la actualidad se les reconoce al menos un rasgo común distintivo como es su coherencia interna con el modelo cultural que lo sostiene. Es así como podemos observar que el conjunto de conceptos en torno a la salud y enfermedad, a la vida y a la muerte, están profundamente integrados a las otras esferas de su universo cultural.

En el sistema indígena la salud se concibe como una relación armoniosa entre el medio ambiente físico,

humano y sobrenatural. La enfermedad representa una ruptura del equilibrio o del orden armonioso con el cosmos.

Esta concepción de la salud considera al individuo y a la comunidad y es a la vez somática y síquica.

El sistema social se caracteriza por ser integrador de las esferas económica, social, religiosa, simbólica, las que se interrelacionan.

Los cambios culturales ocurridos a partir de la dominación occidental, modificaron profundamente la gran mayoría de las sociedades tradicionales de la Región de las Américas. Algunos siglos de contacto cultural fueron suficientes para trastornar las concepciones y las prácticas ancestrales asociadas a Salud, debido a la introducción de métodos de curación y profilaxis modernos. En efecto, con el advenimiento de la dominación occidental, se inicia la imposición de modelos culturales y sistemas de representación, resultando en la destrucción de grupos étnicos y sus organizaciones sociales, así como de sus representaciones simbólicas (etnocidio).

Lo anterior se tradujo en la incorporación de nuevas formas de interpretar la vida (cristianismo) y la salud, transformándose los modelos de vida y surgiendo el mestizaje biológico y cultural.

* Antropólogo

** Médico Escuela Salud Pública Universidad de Chile

*** Médico Escuela Salud Pública Universidad de Chile

**** Etnólogo

* Proyecto Etnobotánico Cáritas Chile.

SISTEMA HIPOCRATICO-GALENICO

Los conquistadores españoles son portadores en América de un sistema de representaciones de la salud basado en la tradición médica griega (Hipocrático-Galénico) complementada con aportes científicos del mundo islámico.

Este sistema de representaciones está basado en el equilibrio de cuatro humores corporales, de cuya homeostasis dependería la salud de una persona: sangre, bilis negra (melancolía), bilis amarilla (cólera) y flema (pituita). La enfermedad corresponde a las alteraciones orgánicas producidas por algunos de los cambios humorales. Conjuntamente con esta interpretación, los europeos traen consigo sus concepciones populares en salud, las que en la actualidad persisten, sincretizadas, en sectores de las periferias nacionales. El sincretismo cultural se materializa de manera diferente según las características que adopta la dominación y la colonización en los distintos lugares y grupos étnicos de América.

Esta nueva concepción de salud y enfermedad se caracteriza por su connotación individual y orgánica.

En algunos casos las concepciones autóctonas sobrevivieron a la dominación en una suerte de "resistencia cultural". Sin embargo, es preciso reconocer que la penetración occidental dio lugar al surgimiento de nuevas concepciones en las que refunden elementos autóctonos y europeos.

Es de interés ilustrar el paso de un modelo cultural autóctono a otro occidental mediante los cambios referidos a quienes ejercían el rol de agentes de salud. En el modelo cultural indígena, la revelación del don de sanar es acompañado de un ritual iniciático que prepara al sujeto para recibir la información y desarrollar destrezas terapéuticas de manos del Chaman-Brujo, al que sucederá en su oportunidad. Esta modalidad difiere notoriamente en el caso del modelo Hipocrático-Galénico, donde la tradición y la información son transmitidas al sujeto en formación, a través de la relación maestro-aprendiz y donde la revelación del "don" no es evidente. Cabe señalar que en el primer caso, la colectividad y el conjunto de instituciones están involucradas en el proceso de formación y legitimación del iniciado, lo que se traduce en la reproducción, en último término, de todo el sistema de representaciones simbólicas.

El desarrollo de la civilización occidental significó a

grosso modo un énfasis en su componente racional, que derivó en el campo de la salud en una clara diferenciación rólica para la función de médico. La antigua y estrecha relación entre ciencia y religión, para efectos de interpretar y tratar problemas de salud, se vio quebrantada a fines de la Edad Media. Los doctores que otrora fueron clérigos, mantenidos por la Iglesia con fines caritativos, se vieron enfrentados a las condiciones cambiantes de un nuevo orden económico que comienza a imperar desde el siglo XVI, período en que los médicos deben competir y cobrar por sus servicios. En esta nueva situación aparece el médico de cabecera como figura familiar para las clases medias, las que "pagaban una suma anual, considerada razonable dentro de sus recursos" (10). Se establece un acuerdo privado entre médico y paciente que se caracteriza por el cobro de honorarios y la compenetración con la intimidad de las familias que el médico atiende.

Hasta el siglo XVII, permaneció en Europa el paradigma humoral (Sistema Hipocrático-Galénico) y fue transmitido a Latinoamérica durante más de 2 siglos. Ello explicaría la sobrevivencia de conceptos que perduran hasta la fecha, relacionados con la clasificación de alimentos y medicamentos modernos en fríos y cálidos, según su origen, forma y color.

SISTEMA CIENTIFICO-TECNOLOGICO

Con el advenimiento de la máquina a vapor en Europa, los científicos de la época formularon cierta analogía con el cuerpo humano. Ambas estructuras consumen oxígeno, eliminan agua y residuos. La salud fue interpretada entonces como la estructura mecánicamente completa y fisiológicamente silenciosa del cuerpo humano. En expresión de Claude Bernard, la salud es el "Silencio Fisiológico" (9). La enfermedad se concibe como una disfunción atribuida a partes de la estructura.

Consecuentemente, en los albores de la Revolución Industrial, la concepción humoral adopta una visión mecanicista del ser humano y de la salud. Así, podemos decir que la fluidez humoral asociada con cualidades del Orden Natural (frío, calor, humedad, sequedad) se deriva a una visión cosificada, donde la estructura y sus componentes constituyen el eje en torno al cual se configura cierta concepción del hombre y la salud que irrumpe y habrá de mantener-

se, con algunas modificaciones, hasta nuestros días.

Los avances técnicos, en otros campos de la investigación científica permitieron que en el siglo XVII se inventara el microscopio. Con este instrumento perfeccionado se inician diferentes escalas de observación que van desde la microscópica hasta la química, llegando finalmente a la escala atómica, siguiendo el postulado cartesiano de dividir el Todo hasta llegar a sus partes.

Paralelamente, los roles del médico y del paciente comienzan a estandarizarse de manera que el enfermo "ignorante" debe manifestar su deseo de curación, obedeciendo al médico, depositario del "Saber", reproduciendo en la relación actitudes etnocéntricas.

El sistema científico tecnológico representa la expresión más viva del mecanicismo, influenciado fuertemente por la revolución industrial, y luego por la revolución tecnológica. El reduccionismo científico evoluciona a tal grado que es posible observar una atomización del conocimiento tanto en la formación como en la educación médica.

En gran parte de los países latinoamericanos las escuelas de medicina se caracterizan por la rigidez y fragmentación de su currículum. Los modelos formativos del alumno corresponden a académicos especializados en las diversas disciplinas básicas, preclínicas y clínicas.

Una parte importante de la enseñanza se realiza dentro del aula y al interior de las paredes del hospital. Son pocas las experiencias del alumno en atención primaria y menos aún las oportunidades de conocer al paciente en su comunidad de origen. Paradójicamente, los objetivos declarados de la educación médica de pre-grado en nuestro país son: "La formación de un médico general, no especializado, con sólida base científica, humanista y social, capacitado para reconocer y solucionar los problemas prevalentes de salud del individuo, la familia y la comunidad" (5).

Durante el Seminario Nacional de Educación Médica, realizado en Chile en 1984 (3), se concluye que existe una falta de consistencia entre objetivos generales declarados, conductas académicas reales y resultados obtenidos. Esta situación no es casual, sino que responde a un tipo de formación y ejercicio profesional que es base de sustentación ideológica del sistema científico tecnológico persistente en salud. La educación médica por su parte, se encarga de transmitir un conjunto de contenidos conceptuales fundamentales con características similares al marco con-

ceptual de la profesión médica. Por su parte, el marco conceptual de la educación médica es la resultante de la interacción de diversos elementos tales como la estructura social y económica, la estructura de la práctica médica, la ideología profesional, las características del proceso de producción de médicos, y la estructura de poder internacional. (2).

A pesar de existir conciencia respecto de múltiples insuficiencias en la formación de los profesionales de la salud, entre los que destacan: tendencia a la especialización; atención de problemas de salud individuales por sobre los colectivos; predominio de acciones curativas por sobre las preventivas; deterioro de la relación médico-paciente, etc. y de los intentos por modificar los patrones de formación académica, no se observan los resultados deseados. La educación médica sigue entregando como producto social, especialistas en el cuidado, reparación y restitución de órganos, mientras las personas se ven expropiadas de su capacidad de cuidar y mantener su salud. Es un resultado de lo que se denomina medicalización de la salud.

Con el avance tecnológico en salud, se ha podido observar una escalada de costos en la atención médica, que resulta incontrolable (1). Al médico moderno le corresponde asumir tareas de generador de gasto y demanda en salud. Al mismo tiempo los intereses económicos de empresas multinacionales han logrado penetrar en el campo de la salud, estructurando enormes Holdings en el mundo, como son los laboratorios farmacéuticos y las industrias de alimentos, entre otros. La contradicción interna del sistema ya se puede percibir. La deshumanización en las relaciones médico-paciente y la exigencia de rendimiento, la iatrogenia producida por el ejercicio de una medicina parcelada, la medicalización y la insatisfacción con la atención son sólo algunos de los síntomas de un modelo en crisis (6).

La O.M.S. ha denunciado la creación de "palacios de la enfermedad" que no responden a las necesidades sanitarias de las mayorías pobres de los países del Tercer Mundo. "En la actualidad, la parte principal y más costosa de la tecnología médica parece aplicarse más para dar satisfacción a los miembros de las profesiones sanitarias que en provecho del consumidor de servicios de salud". (7).

Los intentos por traducir los acuerdos de Alma Ata (1978) en políticas de salud, se han visto frustrados por la rigidez de los sistemas de salud, que no adap-

tan sus estructuras para el cambio. De esta manera se crea confusión entre el concepto de atención primaria y el nivel primario de atención. Como ejemplos podemos señalar: el aporte de la comunidad para comprar instrumental o reparar instalaciones de un servicio de salud, es confundido con participación comunitaria; se atenúa la persecución de agentes informales de salud (parteras, yerbateras, curanderas) y se habla de integración de la medicina tradicional; se mantiene una relación paternalista de los servicios de salud hacia la comunidad y se habla de conciencia y responsabilidad en salud; se imponen contenidos educativos entre pasillos, a reducidos grupos de usuarios en los servicios y se habla de educación para la salud.

Organizaciones nacionales e internacionales recomiendan cambios importantes para transformar estructuras rígidas de salud en otras más integradoras y humanizadas, capaces de responder satisfactoriamente a los problemas prioritarios de salud de la población, en acuerdo con ella y con sus capacidades reales de gestión.

SISTEMA EN GESTACION

La deshumanización aparece entonces como consecuencia lógica de la evolución de sistemas en salud que se han ido sucediendo en el tiempo, respondiendo más a necesidades estandarizadas, implantadas por el occidente, que a necesidades de los grupos humanos en su diversidad cultural. Lo anterior genera supuestos de estructuras sanitarias, de cobertura, de normas y de atención uniformes que son interpretadas como avances y logros del modelo médico "Moderno". Sin embargo, la evaluación cualitativa del sistema muestra insatisfacción y frustración, tanto en profesionales y funcionarios de los servicios de salud, como en la población beneficiaria. El deterioro de la relación médico-paciente, la inconsistencia entre avance tecnológico y la mínima extensión del mismo hacia la población, la desintegración del ser humano en sus partes con fines terapéuticos, la iatrogenia creciente con sus efectos negativos secundarios y colaterales, la medicalización de la salud, la no participación de la comunidad en la planificación-ejecución y evaluación de acciones en salud, entre otras, son características de un sistema que ya se muestra obsoleto.

Ya se vislumbran los primeros signos de un sistema de salud emergente, aún en gestación. Desde ha-

ce una década, los postulados de Alma Ata de "Salud para todos en el año 2.000" han representado un desafío que en algunos países ha dado lugar a experiencias novedosas. En América Latina tenemos ejemplos de participación comunitaria y de búsqueda de acercamiento entre medicinas tradicionales y académicas dignos de ser mencionados, como es el caso de Costa Rica, Colombia y Perú, entre otros.

Algunos países de la Comunidad Económica Europea han integrado en los currículum de carreras universitarias como Medicina y Farmacia, cursos de Antropología Médica, Acupuntura, Auriculoterapia, Homeopatía, Masoterapia y Fitoterapia. En el caso de Francia, se ha oficializado recientemente en un decreto ministerial, la formación en 6 facultades de medicina de estas materias. Lo mismo se observa en países como Rumania y Canadá (8).

Por otra parte, países en vías de desarrollo muestran experiencias exitosas con una nueva concepción de la educación médica que compromete al estudiante con la práctica de la atención primaria, integrada a la medicina tradicional (1) (12).

El notable aumento del interés en los recursos y las prácticas médicas tradicionales y las investigaciones clínicas y antropológicas en esta materia, responden en parte a recomendaciones recientes de la O.M.S. en cuanto al cuidado del medio ambiente, rescate, investigación y difusión de recursos alternativos en salud entre los que destacan las plantas medicinales, y el desarrollo de tecnologías apropiadas.

Si admitimos que efectivamente existe un interés creciente y concreto por desarrollar formas alternativas de asumir el fenómeno de la salud, es preciso comprender que éste en parte responde a un nuevo sistema de interpretar y representar la salud.

El sistema o modelo en gestación presenta dos principios fundamentales: es integrativo y dinámico. Este doble carácter constituye un nuevo modo de concebir y plantear la salud humana, donde la interacción de los sistemas ecológico, biológico y sociocultural, se visualiza como una realidad cuya materialización requiere del papel activo de la comunidad como agente de salud y generadora de capacidades y recursos no explorados en profundidad hasta ahora.

El completar el marco teórico de este Sistema Emergente y el llevarlo a la práctica, constituyen un desafío no sólo para el sector salud, sino también para todos aquellos que están comprometidos en el desarrollo integral del hombre. El logro de esta meta de-

bería ser producto del trabajo conjunto de los sectores oficiales y de aquellos sectores tradicionalmente marginados, sin cuya participación no sería posible la obtención de cambios realmente profundos.

RESUMEN

Se plantea la necesidad de efectuar un análisis histórico de la evolución de los diferentes sistemas médicos en América Latina, a objeto de someter a evaluación el modelo actual de salud que se considera en crisis. Se discuten antecedentes sobre esta crisis y se propone reflexionar acerca de un modelo de salud emergente o alternativo.

RESUME

On pose le besoin de faire une révision historique de l'évolution des différents systèmes médicaux en Amérique Latine, à fin de soumettre à évaluation le modèle actuel de santé, considéré en crise. On discute les antécédents de cette crise et on propose réfléchir sur un modèle de santé émergent ou d'alternative.

SUMMARY

The need for a historical analysis about the evolution of the different medical systems in Latin America is stated. The purpose is to evaluate the current health model which is considered to be in crisis. The different facts of this crisis are analysed and a reflection about an emergent or alternative model is proposed.

BIBLIOGRAFIA

1. Abraham Joseph: "Adiestramiento de médicos para la atención primaria de salud: el modelo de Vellore". Foro Mundial de la Salud. Vol. 6, N° 2, 1985.
2. Andrade, Jorge: "Marco Conceptual de la Educación Médica en la América Latina". Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 28, OPS/OMS 1979.
3. C.P.U. Seminario Nacional de Educación Médica. Síntesis final. En Educación Médica en Chile. C.P.U. 1985.

4. Ferrer, Pedro L.: "Historia General de la Medicina en Chile". Talca. Chile 1904. Imp. Talca.

5. González, Julia: Marco de referencia para la enseñanza de la administración de salud en la carrera de Medicina. Tesis para optar al grado de magister en Administración de Salud. Universidad de Chile. 1988.

6. Jordan, Brigitte: Alta tecnología: el ejemplo de la obstetricia. Foro Mundial de la Salud. Vol. 8, N° 3, 1987.

7. Mahler, Hafdan: Nuevas posibilidades de acción para la OMS. Crónica de la OMS. Vol. 29 N° 2 Febrero 1975.

8. Matarasso, Michel: "Medicines Paralleles: Comment Composer Avec Elles?". Faculte de Medicine de Bobigny, Departement D'Anthropologie Medicale. Paris 1988.

9. Sarue, Eduardo: "La Salud de los latinoamericanos al finalizar el siglo XX". Publicación científica CLAP N° 1008 de 1984. OPS/OMS Montevideo. Uruguay.

10. Sigerist, Henry: "Historia y Sociología de la Medicina". Bogotá, Colombia 1974. Ed. Guadalupe.

11. Sommer, Jürg H.: Una atención de salud de costo no controlado. Foro Mundial de la Salud. Vol. 6, N° 1, 1985.

12. Tandon B.N.; Ajit Sahai: Las Escuelas de Medicina pueden contribuir al desarrollo de la atención de salud y aprender de él. Foro Mundial de la Salud. Vol. 6, N° 4, 1985.