

CIENCIAS SOCIALES Y SALUD

El presente artículo, publicado por el Depto. de Sociología de la Universidad de Notre Dame, y enviado a la Dirección de CUADERNOS MEDICO-SOCIALES por la gentileza de su autor, es un análisis de la progresiva influencia de las ciencias sociales sobre las profesiones de salud en América Latina. Aún cuando la atención haya sido enfocada principalmente hacia los programas y proyectos de Meso América y entre los pueblos de habla española del Sudoeste de los Estados Unidos, el examen de la íntima relación existente entre el estado de salud y las condiciones económicas, sociales y culturales constituye un factor común al resto de los países. La escasez de profesionales de salud y su irregular distribución, especialmente en las áreas rurales, el curanderismo, las creencias o mitos de comunidades indígenas, son otros aspectos de interés para nosotros, como lo son las medidas adoptadas para combatirlos.

Presentamos nuestras excusas al autor por la supresión de algunos acápites a que nos ha obligado la falta de espacio.

El rol de la investigación en Ciencias Sociales en los recientes programas de salud en América Latina

ARTHUR J. RUBEL *
Universidad de Notre Dame

Es demasiado evidente que soplan vientos de renovación en América Latina. Todo cuanto uno observa, lee y escucha sobre esta vasta área de la cultura apunta a las transformaciones vitales (y a menudo radicales) en lo social, cultural y económico, que están dando como resultado nuevas formas de vida para estos millones de americanos cuyos patrones de vida derivan de fuentes españolas, portuguesas, indo-americanas y africanas. Los cambios en los moldes tradicionales del pensamiento y del comportamiento están realizándose en algunos países con mayor lentitud que en otros, e incluso dentro de una misma nación algunos sectores responden con mucha mayor rapidez que otros a los esfuerzos de innovación.

A diferencia de materias tales como la reforma agraria o la industrialización, alrededor de las cuales se levanta una severa controversia respecto a su necesidad como también a los sistemas más apropiados, es muy escasa la discusión que se ha suscitado ante los propósitos de proporcionar nuevos, mejores y más numerosos servicios de salud a los pueblos latinoamericanos, especialmente a aquellos que viven en las áreas rurales menos accesibles.

En el presente artículo, emprendo la tarea de pasar revista a importantes esfuerzos destinados a hacer provechosos y más eficaces los nuevos y mejorados servicios de medicina preventiva y atención médica para los pueblos de América Latina.

Este análisis resume los cambios y tendencias recientes en los servicios de salud organizados que incluyen innovaciones en la formación de todos los tipos de trabajadores de salud, desde médicos a auxiliares de salud rural. En todas partes se han hecho los mayores esfuerzos para destacar la progresiva influencia de las ciencias sociales (en particular, las ciencias del comportamiento) sobre las profesiones de salud en América Latina. Felizmente, se han publicado hace muy poco varias excelentes reseñas con una firme orientación hacia las relaciones cada vez más estrechas entre las ciencias sociales y las disciplinas de salud, principalmente en Sud América. (Badgley y Schulte, 1966; Sepúlveda, 1966). Además han visto la luz no hace mucho tiempo, buenos estudios y referencias bibliográficas en la literatura más general, especialmente pertinentes a los intereses comunes a las ciencias médicas y sociales (Driver, 1965; Paul, 1955; Pearsall, 1963; Polgar, 1962; Scotch, 1963). Más que a reproducir tales esfuerzos, el presente examen enfoca su atención a los programas y proyectos en Meso América y entre los pueblos de habla española del Sudoeste de los Estados Unidos.

Ninguna tentativa se ha hecho aquí para in-

* El Dr. Rubel es Asesor del Programa de Población de The Ford Foundation, Oficina para México y Centro América. Es autor de interesantes trabajos de Antropología y Etnología sobre Culturas de Hispano América.

investigar la vasta literatura sobre los conceptos de salud mantenidos por sectores primitivos o rústicos de América Latina; para aquéllos cuyo interés reside en este importante campo de la investigación, un extenso sumario de la literatura sobre Meso América podrá encontrarse en un próximo artículo de Adams y Rubel. Material sobre creencias y comportamiento indígenas relativos a salud entre los grupos primitivos y rústicos del continente meridional se puede hallar esporádicamente en diversos artículos de los primeros cuatro volúmenes del Manual de los Indios Sudamericanos (Steward: 1946-1948), como también en un resumen de Ackerknecht, aunque han aparecido algunos excelentes trabajos realizados en esta área desde que se publicó el Manual (por ej., Tschopik, y Sal y Rosas).

En verdad, uno de los más interesantes enfoques de los problemas de salud en su total contexto ecológico es la obra en dos volúmenes, *Una Política Sanitaria*, de Gabaldón (1965). Este trabajo representa una colección de artículos y discursos de Gabaldón, quien, por más de 25 años, ha concentrado su atención en los problemas de salud no sólo de su país natal, Venezuela, sino en los problemas reales y filosóficos de investigación y evolución orientados a la salud en las naciones en desarrollo.

Es difícil concebir una mejor documentación sobre la estrecha relación existente entre el estado de salud y las condiciones socio-económicas de una región, que la contenida en el estudio de Gabaldón sobre los programas de erradicación de la malaria en Venezuela. Sobre el particular, él escribe:

“La extensión territorial de una nación es importante porque de tales nuevas tierras pueden recogerse frutos que contribuyan al bienestar nacional. Se comprobó que los dos tercios de nuestro territorio se encontraban en mayor o menor grado bajo el yugo de la malaria. Esto quiere decir que los venezolanos estaban reducidos a sólo un tercio de las tierras de su país.

“La desaparición de la malaria del suelo venezolano ha significado una expansión del territorio nacional, equivalente en tamaño a casi el doble del área previamente habitable. Muchas veces naciones colindantes van a la guerra entre sí a fin de obtener tierras que a menudo no alcanzan a más del diez por ciento del territorio nacional. Como consecuencia de la erradicación casi total de la malaria de su suelo, Venezuela ha ganado más de cien por ciento de su superficie previamente habitable”. (1:325-6).

Existe una copiosa literatura dedicada a la discusión de los programas por medio de los cuales la incidencia de la malaria ha sido substancialmente reducida en Venezuela y otros países latinoamericanos. Estos esfuerzos han exigido una experimentación bajo condiciones climáticas, sociales y culturales diferentes. Si bien existe alguna información sobre los procedimientos

mediante los cuales se seleccionaron los insecticidas más adecuados, no hay información sobre las respuestas de los habitantes al programa de erradicación en diferentes tipos de poblados. Tampoco se dispone de referencias a la estructura social, valores culturales, y relaciones que existen entre los grupos de población atacados por la enfermedad y los recursos naturales de los cuales ellos derivan sus ingresos (Ver Braña Blanco: 28). La importancia de estos factores en el resultado de un programa de control de la malaria en gran escala está claramente confirmada por Gabaldón en ulteriores comentarios en que señala que la migración de poblaciones rurales desde las áreas infectadas a las no infectadas, y desde el interior del país a las ciudades mayores, representa graves problemas que requieren un considerable volumen de investigación (2:430-32). Es digno de comentarios que las actitudes y el comportamiento socio-culturales contribuyen en modo fundamental al éxito o fracaso de un programa en gran escala de erradicación de la malaria. Aún más significativo es el efecto que la malaria endémica o epidémica tiene sobre la opinión general de la población afectada (1:331, 335). Los estudios hechos por científicos sociales de la adaptación del hombre a su medio en las áreas atacadas por enfermedades como la malaria, se han demostrado altamente remunerativos para los planificadores de programas preventivos de atención médico-sanitaria. Las investigaciones que revelan el efecto que tales programas tienen sobre las técnicas tradicionales de enfrentamiento, a su vez, se demuestran remuneradoras para los programadores tanto como para los científicos sociales teóricos.

Otro aspecto de tales programas de control de la enfermedad en gran escala, según la descripción de Gabaldón, es la necesidad de procurarse personal adecuado. Se necesita un personal superior adicional para realizar las medidas erradicativas y para organizar programas de educación sanitaria a fin de preparar a la población inculta para tales proyectos, y dirigir la evaluación ulterior sobre la eficacia de las medidas de control. Se ha comprobado con muchísima frecuencia que cuando se proyectan tales programas de control de la enfermedad en gran escala, no hay suficiente personal profesional disponible (Roemer: 300). En realidad, la escasez de personal profesional de salud es un problema que afecta a todos los países de América Latina embarcados o no en proyectos de gran escala, como el control de la malaria. Las estadísticas sobre relación entre el número de médicos y otros profesionales de salud y la población de un país son engañosas a menos que se tome en cuenta también su distribución en el área rural. La dispersión en la distribución

del personal de salud en los sectores rurales es corriente en toda la América Latina. El caso de Venezuela es típico: 48 por ciento de los médicos se encuentra en el Distrito Federal en que la relación es de 19,7 médicos por 10.000 personas, mientras que es de 4,9 por 10.000 para el resto de la nación. En el Salvador, el 61 por ciento de todos los médicos ejercen en la capital con una relación de 12,5 por 10.000, mientras que tal relación baja a 0,9 por 10.000 personas para el resto del país. En 1963, un total de cinco países latinoamericanos tenía una relación de menos de 3 médicos por 10.000 personas (OPS: 1966: 281).

Han existido algunos importantes esfuerzos para aumentar el número de médicos que ejercen en estos países (OPS: 1966: 26). En Chile, los aspectos de tal desarrollo han sido descritos recientemente (Berdichewsky: 1966: 183; Facultad de Ciencias Económicas: 45-74).

Sin embargo, es de toda evidencia que un aumento en el número de médicos en ejercicio no modificará necesariamente la tendencia de estos profesionales a congregarse en las ciudades más grandes y más cosmopolitas, ni impedirá que los lugares remotos permanezcan privados de atención profesional.

Uno de los primeros intentos para hacer frente al problema de la mala distribución de los médicos fue acometido por México hace muchos años. En 1936, la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional dio comienzo a un programa que exigía a los futuros médicos jóvenes dedicar un período de seis meses de servicio en pequeñas poblaciones rurales que, de otro modo, no habrían contado con tales servicios. Al lado de la atención médica y de las acciones preventivas de salud asignadas al joven profesional, se esperaba que éste se ocupara de la educación sanitaria y en la preparación de un informe sobre las características demográficas, ambientales y de organización social del pueblo en que ejercía. (Whetten: 1948: 346-8; Roemer: 166-7). Además de representar un esfuerzo para introducir la medicina moderna en las pequeñas ciudades rurales durante cortos períodos, la meta era introducir a los nuevos profesionales en los pueblos rurales con la esperanza de que ellos se sintieran inclinados a permanecer allí después de terminado su período de servicio obligatorio. Sin embargo, Roemer menciona cifras de un estudio de 1960 que indican que en ese año sólo un 5,8% expresó la intención de quedarse en el pueblo rural después de haber completado su servicio obligatorio (Roemer: 168). El número creciente de médicos que egresa de las escuelas de medicina desde 1936 ha mejorado notablemente la relación de médicos a pacientes en México tomado como un todo, pero sólo ha mejorado

levemente la relación de los médicos con la población rural en las áreas rurales. De manera que, aunque las últimas estadísticas indican que la proporción en México está entre las más favorables de América Latina, ella se encuentra todavía muy lejos de satisfacer la necesidad (OPS: 1964: Tabla 53).

Estudios más detallados de los antecedentes históricos y del actual estado de los esfuerzos para introducir profesionales en el área rural mexicana por medio del programa "pasante" pueden encontrarse en los trabajos de Othon de Mendizábal (6: 525-51) y Alvarez.

Además del programa pasante, que comenzó en la Universidad Nacional y se ha extendido desde entonces a otras escuelas de medicina, existe un esfuerzo semejante en la Escuela de Medicina Rural que produce un número relativamente pequeño de estudiantes que tienen la intención de practicar la medicina en las áreas rurales (Roemer: 167; Whetten: 348-9).

Se cuenta con que los participantes del programa "pasante" de internado rural y los otros médicos que son Graduados en la Escuela de Medicina Rural se ocuparán, y algunos realmente lo hacen, de estudios del comportamiento social y cultural de los lugareños rurales. Los primeros escriben regularmente tesis sobre los problemas de salud y sociales de las pequeñas ciudades y regiones rurales en que ellos ejercen, aún cuando estos estudios tienen la tendencia a ser demasiado superficiales y sirven poco más que como introducciones a la forma en que el médico percibe la localidad en que trabaja y sus problemas sociales y médicos.

Han habido otros esfuerzos del gobierno mexicano para introducir innovaciones en las habituales actitudes y comportamiento pertinentes a salud entre las poblaciones rurales. Como su nombre lo sugiere, el Instituto Nacional Indigenista se dedica únicamente al problema de las comunidades indígenas con atención a los estudios de los métodos sanitarios indígenas y los planes por los cuales ellos podrían ser efectivamente cambiados. El interés del Instituto por modificar eficazmente la vida tradicional indígena sin ocasionar dislocaciones traumáticas se ha demostrado como una bendición para el cientista social. Al lado de estudios tan sobresalientes como *Medicina y Magia*, de Aguirre Beltrán, y *Medicina Maya de los Altos de Chiapas*, de Holland, existen dos series periódicas de publicaciones de igual interés para los programadores de salud y cientistas sociales. Estas son: *Acción Indigenista* y *Memorias del Instituto Nacional Indigenista*.

El extenso estudio de Aguirre, de los procesos por los cuales los rasgos culturales de los sistemas indo-americanos, de los sistemas curativos africanos, y los rasgos representativos de

la España de los siglos XVI y XVII se fundieron para formar la lógica actualmente predominante que rige el comportamiento sanitario de los grupos indígenas de México, representa el fruto de muchos años de investigación en el campo y bibliotecas antropológicas.

* * *

Por la forma en que Holland describe el relativo éxito o fracaso de los diversos programas iniciados por el Instituto en la región de las tierras altas, se hace muy evidente que el personal superior estaba plenamente consciente del hecho que mientras mayor fuera su conocimiento de la cultura y organización social de los grupos cuyas formas de vida procuraban cambiar, más probable era el feliz resultado de su programa.

* * *

El libro de Aguirre proporciona un excelente ejemplo de una racional filosofía de innovación deliberada y, al mismo tiempo, una orientación práctica para el personal directivo. Aguirre escribía:

“Sólo el conocimiento y comprensión de la forma en que un grupo organiza sus actividades, y de las formas en que se ejerce el control social por el grupo que puede mantener mejor su cohesión y solidaridad, capacitará al personal superior de una institución de salud para abordar directamente a los líderes o autoridades de la comunidad que tanta influencia tienen sobre las decisiones finales que toma su grupo. Los programadores deben buscar primero la aquiescencia de quienes en último análisis, representan la diferencia entre si el grupo aceptará o rechazará las innovaciones propuestas por la institución de salud”. (Aguirre: 1955: 15-16).

Compárense esas líneas generales de acción con las observaciones presentadas por Holland de diversos programas en que el personal directivo del Centro se extendió largamente para explicar sus propósitos a los líderes de las comunidades indígenas en que se intentaba introducir cambios en las actitudes y comportamiento pertinentes a salud. (Holland: 1963a: 211-13).

* * *

Otro ejemplo en que un antropólogo enfocó las razones por las cuales una pequeña comunidad decide aceptar o rechazar las innovaciones en salud, lo proporciona Wellin (1955). Wellin descubrió que aún tratándose de una innovación tan simple como la de instruir a las dueñas de casa para hervir el agua, en el valle de Ica, Perú, el sistema de status local y el papel de las influencias deben ser tomados en cuenta por quienes proponen el comportamiento innovador.

Lo curioso es que a pesar de las evidentes ventajas, que benefician a programadores y prácticos de terreno, derivadas del conocimiento de lo que ocurre y por qué, mientras las comunidades toman decisiones sobre si aceptan o no técnicas o servicios innovadores, la literatura pertinente carece visiblemente de datos que describan el proceso de la toma de decisión en los poblados microcósmicos. Sin embargo, se cuenta con los análisis macrocósmicos sobre la importancia del mecanismo de toma de decisión frente a los programas de salud. En verdad, algunas importantes contribuciones a la teoría general del cambio social y cultural se han desarrollado a partir de esta área de interés. (Erasmus: 1961; Foster: 1962).

Pero, si bien se dispone de escasos análisis de las decisiones por las cuales las innovaciones en las actitudes y comportamientos sanitarios tradicionales son aceptadas o rechazadas en las pequeñas comunidades rurales latinoamericanas o en las inmediaciones urbanas pobres, existe una impresionante literatura sobre los *agentes de cambio*.

Ya sea que ellos trabajen en comunidades indígenas, en aldeas rurales y villorrios ocupados por lugareños de escasa instrucción, o entre las clases obreras más modestas de las ciudades, aquellos que practican y fomentan el uso de la medicina moderna son agentes de un importante cambio socio-cultural. Sin embargo, un estudio de los agentes de cambio debe ser enfocado dentro del marco de uno de los más inquietantes problemas que confronta hoy día la América Latina: la escasez de personal profesional de salud.

Los esfuerzos para hacer frente a estos multifacéticos problemas pueden dividirse en dos categorías. La primera de éstas representa el esfuerzo en gran escala de muchas organizaciones, algunas de las cuales son de alcance nacional, otras son internacionales, para aumentar las cantidades de individuos que se enrolan en los programas de adiestramiento profesional. La segunda representa una tentativa de delegar en forma creciente las responsabilidades de salud pública y atención médica en ayudantes subprofesionales. Estas categorías serán estudiadas en su oportunidad.

Los programas de adiestramiento para trabajadores de salud profesionales se han caracterizado en los últimos años por sus extensos esfuerzos para ampliar los medios de enseñanza y de laboratorio en las escuelas de medicina y escuelas de salubridad. Además, los observadores han advertido un cambio en el énfasis desde las estrechas preocupaciones clásicas por el cuerpo humano y sus problemas de salud hasta el conocimiento del ser humano en su ámbito socio-cultural total. Esta tendencia se encuentra de-

mostrada más claramente en los programas de la Escuela de Medicina Rural y de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de México. Tal tendencia ha sido sometida a un perspicaz y estimulante comentario por el Director General de Educación en Salud Pública de México, Pedro Daniel Martínez, quien escribe:

“Es demasiado conocido el hecho que durante las dos décadas pasadas se ha dedicado creciente atención y tiempo a los currículums de ciencias sociales en la mayoría de las escuelas de salud pública. Al mismo tiempo, la atención dedicada a otras disciplinas tales como estadística, microbiología, y parasitología, ha disminuido. Por lo menos en parte, estas tendencias en nuestras propias escuelas de salud pública reflejan la relativa importancia, en permanente disminución, de las enfermedades infecciosas en los Estados Unidos y el aumento en la importancia relativa de las enfermedades crónicas; el control efectivo de estas últimas, mucho más que en el caso de las primeras, requiere el conocimiento de las actitudes y comportamiento humanos. Contribuyendo también a las nuevas tendencias que enfatizan la enseñanza de las ciencias sociales en las escuelas de salud pública, nos encontramos con un progresivo conocimiento en las naciones en desarrollo de que el mejoramiento de los niveles de salud exige cambios concomitantes en otras áreas de la forma de vida de sus pueblos. De manera que a pesar del hecho que la enfermedad infecciosa, tanto en las naciones en desarrollo como en las subdesarrolladas estáticas, representa un problema de mayor magnitud que el de la enfermedad crónica, resulta claro que en las naciones en desarrollo los proyectos de salud preventiva integrados necesitan una exposición más extensa y más profunda de los profesionales a las ciencias del hombre y su sociedad”. (Martínez: 1963: 31).

Badgley y Schulte han comentado, además, la tendencia francamente creciente de las escuelas de salud pública y de medicina de América Latina para utilizar como modelos a sus homólogas norteamericanas, en vez de las europeas (1966b: 190). Una información sobre estos cambios, según se advierte en la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile y en la Escuela de Salud Pública de la Universidad Central de Venezuela, respectivamente, se presenta en tres interesantes trabajos entregados a los debates de la Conferencia del XVI Aniversario del Milbank Memorial Fund en New York City (Molina y Jimeno; Vallejo y García; Jiliberto de Guevara y Munizaga A.).

La segunda categoría de esfuerzos para enfrentar el problema de la gran escasez de profesionales de salud está representada por los enormes esfuerzos para reclutar, adiestrar y distribuir en modo tan eficaz como sea posible a un gran número de subprofesionales que vayan en capacidad y antecedentes desde los ortesistas calificados hasta los inexpertos y relativamente ignorantes ayudantes de médicos. No importa cuáles sean las aptitudes de estos subprofesionales, no hay dudas de que ellos y sus actividades y actitudes representan un recurso (real

y potencial) de extraordinaria importancia para las instituciones de salud de América Latina así como para los estudiantes del cambio social y cultural.

Aunque el adiestramiento de técnicos calificados es un aspecto significativo de la cambiante escena de América Latina, él no es comparable en importancia a los extensos esfuerzos que se están realizando en una cantidad de naciones para reclutar y adiestrar personal auxiliar de salud relativamente inexperto. Si bien existe una abundante literatura que describe la necesidad de reclutar personal auxiliar y los tipos de labor para los cuales se reclutan, existe una sorprendente ausencia de toda clase de esfuerzos por parte de las ciencias sociales para evaluar las razones por qué algunas personas son seleccionadas por las instituciones de salud, mientras otras no lo son, en aquellos países en que tales programas de reclutamiento tienen lugar. Más digna de anotar es aún la casi ausencia de investigaciones de las características sociales y económicas que identifican a quienes asumen con buen resultado esas responsabilidades o a quienes mantienen el interés activo en las funciones auxiliares de salud. Una excepción a esto es el estudio de Wellin sobre cómo el Servicio Sanitario del Departamento de Ica (Perú) desarrolló un proyecto destinado a “... aumentar los siete registros municipales existentes (de nacimientos) con una red de 17 postas adicionales de registro, cada una en una aldea ubicada estratégicamente; seleccionar, adiestrar y supervisar a aldeanos calificados para manejar las postas; elaborar formularios adecuados de registro...” (Wellin: 1966: 13). En este estudio, Wellin hizo la comparación de dos hombres, cada uno de los cuales había sido seleccionado para el cargo de registrador de los nacimientos. Uno de ellos tuvo éxito en su papel; el otro no lo tuvo. El autor concluyó en que mientras el registrador que fracasó había tenido escasas vinculaciones con su comunidad, o poco interés en los asuntos de la comunidad antes de asumir las responsabilidades de la posta de registro, al que tuvo mejor éxito se le caracterizaba como sigue:

“El hecho curioso surge de que la persona menos instruida, con menos habilidad técnica, y menos comprensión de la naturaleza y objetivos del programa es el registrador más satisfactorio. Las credenciales de Luis son más malas, pero su interés en ocupar el cargo es mayor. Está motivado para un buen rendimiento como registrador, no solamente porque su buen desempeño le significa la aprobación del departamento de salud —aunque esto sea crucial para la permanencia en la ocupación— sino, lo más importante, porque de esta manera él conquista objetivos intracomunitarios”. (Wellin: 1966: 113).

Además, Wellin comprobó que aquéllos que también tuvieron éxito en el cargo de registra-

dor tenían características semejantes. (Ver Gabaldón: 2: 50).

Uno de los primeros artículos escritos sobre los esfuerzos para adiestrar subprofesionales como auxiliares médicos fue preparado por Isabel Kelly (1955; ver también Wellin, 1955: 98). Kelly incitaba a los educadores de salud pública, embarcados en los programas de adiestramiento de matronas, a que evitaran producir innecesarias fricciones entre las matronas en práctica y el hospital al que los profesionales de salud envían sus pacientes. En concordancia con este propósito, Kelly ponía el énfasis en la necesidad de comprender el medio cultural en que las matronas ejercen antes de comenzar el programa de adiestramiento. De esta manera los educadores sanitarios se encontrarán mejor capacitados para presentar sus ideas innovadoras con menor probabilidad de producir conflicto entre sus propios conceptos y comportamiento y los de sus alumnos (ver Cuello et al.: 324).

Uno de los más antiguos e intensos esfuerzos para cambiar y adiestrar a los miembros de una comunidad de modo que pudieran actuar como puentes de unión entre su comunidad y los organismos de salud, lo constituyen los *promotores culturales* indígenas de México (De la Fuente: 1959; Aguirre Beltrán y Pazos: 276; Miller: 63; y Holland: 1963a). Un promotor es miembro de una comunidad indígena que ha mostrado alguna gran motivación para identificarse con la cultura nacional mexicana más estrechamente de lo que consigue la mayoría de sus congéneres. Los que son seleccionados para ser adiestrados como promotores se han demostrado, además, estar atentos y capacitados para aprender nuevas ideas y técnicas en forma relativamente rápida. Toda persona seleccionada para el adiestramiento es sacada de su comunidad natal e incorporada a una escuela de internos del Centro de Coordinación que sirve a su pueblo y a su región. Allí el recluta aprende el idioma español y técnicas básicas de primeros auxilios como asimismo algunas prácticas de rutina de la atención médica. Se le instruye también en los conceptos fundamentales de salud pública de la ingeniería sanitaria y ambiental adaptada a los recursos de su aldea natal. Una vez cumplido un período de entrenamiento en la escuela de internos, es enviado de regreso a su comunidad como un representante del Centro de Coordinación en la localidad.

Si bien existe consenso general en que los promotores hacen una genuina contribución al mejoramiento de las condiciones sanitarias de las comunidades en que se encuentran ubicados, no hay duda que la marcada ambivalencia de su status social crea substanciales problemas para sí mismos y para sus compañeros aldeanos.

Algunos promotores no son capaces de resolver sus problemas de identificación en su aldea o *paraje*. Otros encuentran intolerable la vida rural después de haber disfrutado de una vida más intelectualmente estimulante de la escuela-internado y del hechizo del centro provincial en que está ubicada la escuela. Aún cuando es evidente que las experiencias obtenidas del programa de promotores pueden ser muy provechosas para proyectos similares de otras naciones (ya sea que el problema sea el de las diferencias culturales o algún otro que surja como consecuencia de distinciones de clases sociales), una evaluación de los problemas sociales y psicológicos asociados a los esfuerzos de los promotores para readaptar a un poblado indígena rural permitiría al programa hacer una contribución aún mayor en escala internacional que en las condiciones actuales (De la Fuente: 1953: 56).

Otro programa elaborado para introducir cambios en las áreas rurales mediante el empleo de trabajadores de salud subprofesionales ha sido emprendido en Venezuela, donde el programa de preparación de *visitadoras rurales* ha sido designado acertadamente con el nombre de *medicina simplificada* (Gabaldón: 2: 46-51). En Venezuela la medicina simplificada se refiere al esfuerzo para reclutar y adiestrar profanos a fin de que éstos puedan extender los servicios prestados por enfermeras y sanitarios desde las rurales de los *municipios* a las periferias más rurales de esas unidades políticas. Gabaldón estudia otro tipo de contribución que podría hacerse por un grupo análogamente adiestrado, pero voluntario, denominado "Los Samaritanos". El escribe:

"No obstante la simplicidad del adiestramiento que nos proponemos ofrecer a cuerpos de auxiliares sanitarios rurales, consideramos que estos ayudantes representan un medio eficiente de prevenir diversas enfermedades y aún curar otras que al presente afligen a un considerable segmento de nuestra población; segmento que no está sometido a la atención médica de tipo más clásico y que en muchos casos no recibe ninguna atención de ninguna clase a causa de ocupar áreas que son difíciles de alcanzar". (Gabaldón: 2: 40-46).

El problema más importante que encara el administrador de tal programa, según Gabaldón, es el de adiestrar adecuadamente a sus auxiliares de modo que su contribución resulte tan útil como sea posible. El adiestramiento para sus responsabilidades puede ser dividido en tres áreas: 1) supervisión de las parteras, 2) vacunaciones, 3) lucha contra los helmintos. De tanta importancia consideraba él la puesta en marcha de tal servicio auxiliar que expresó que esta medida, en su opinión, "era en muchos casos tal vez la única forma que podía crearse para combatir la alta tasa de mortalidad en las áreas rurales". (Gabaldón: 2: 49).

De acuerdo al avanzado pensamiento de Galdón y de otros prominentes planificadores en salud, se encontró un camino para ampliar los servicios de salud de las áreas rurales en Venezuela, México, Argentina y República Dominicana mediante el reclutamiento de ayudantes de médicos. Los servicios de éstos se han demostrado particularmente valiosos en las campañas anti-tuberculosis, pero en Venezuela se les ha asignado funciones de alcance mucho más amplio (Baldó: 1965). La incorporación del concepto práctico de medicina simplificada en Venezuela fue realizada por la redistribución de los servicios nacionales de salud en cuatro redes, cada una de las cuales incluyó a su vez, personal menos experimentado y alcanzó hasta las áreas más distantes de la capital nacional y otros centros mayores de la población. Un puesto avanzado adjunto a la cuarta red proporciona en realidad atención médica simplificada a los habitantes de aldeas remotas, pero los auxiliares estacionados allí dependen de personal más altamente entrenado que se encuentra ubicado en una posta médica en el centro de población más cercano. Los miembros de la tercera red, por su parte, dependen para su información y ayuda de los de la segunda red, estacionada en poblados más grandes y aún más fácilmente accesibles, etc. En resumen, las tareas de los auxiliares de la cuarta red comprenden la identificación de sospechosos de tuberculosis, trasladándolos a sitios en que puedan ser examinados y proporcionándoles locomoción cuando no se dispone de servicios públicos de transporte. Cuando se ha identificado un caso, estos auxiliares deben asegurarse que el paciente siga cumpliendo el régimen prescrito, proporcionar vacunaciones cuando éstas sean necesarias, y ocuparse en actividades de educación sanitaria (Baldó et al.: 78).

Basándose en los antecedentes antropológicos derivados del Proyecto del Estado de Hidalgo sobre Cambio Cultural Diferencial y Salud Mental, William Madsen ha recomendado que los *curanderos* mexicano-norteamericanos de Texas del Sur sean alistados como ayudantes de médico auxiliares, y

“se les enseñe a trabajar con médicos y a llevar sus pacientes a las clínicas y hospitales. La cooperación entre médicos y curanderos podría ser particularmente apreciable en los casos de enfermedad mental que responderían mejor al tratamiento en el medio ambiente de origen que en un establecimiento”. (Madsen: 1961: 34-35).

Para la descripción detallada de los curanderos que ejercen en las zonas fronterizas del Nordeste de México y Sur de Texas, ver las recientes publicaciones de Romano (1965) y Rubel (1966).

Otros esfuerzos para contratar ayudantes paramédicos y contribuir a compensar la escasez de trabajadores sanitarios profesionales van desde la organización de Centros de Madres en Chile hasta la utilización de personal militar en Venezuela.

Sean cuales fueren las características socio-culturales de los reclutas auxiliares, las metas siempre incluyen lo siguiente: 1) adiestrar ayudantes auxiliares para llevar a cabo atención médica y funciones de medicina preventiva que, de otro modo, tendrían que ser realizadas por un médico profesional o enfermera (en muchos casos la extrema escasez de esta última significaría que a falta de auxiliares, las tareas simplemente no se cumplirían); y 2) utilizar los auxiliares como intermediarios e intérpretes entre la comunidad local y el personal de la institución. En el caso de una sociedad pluralista, tal como México o los Estados Unidos, en que importantes proporciones de la población son de distinta cultura y emplean un idioma diferente del que caracteriza al personal oficial, la tarea es particularmente delicada y difícil. Por otra parte, el problema de la comunicación entre el personal de salud, de clase media, y los pacientes de clase inferior es sólo un poco menos delicada o difícil (Rogler y Hollingshead: 253-54; Samora et al.). Mis propias observaciones en una ciudad de Texas a lo largo del límite con México, son pertinentes a este problema:

“Los médicos son miembros de un estrato social que está por encima de la nacionalidad y el lenguaje; ellos comparten una cultura profesional. Además, los médicos pertenecen a un estrato social que se caracteriza por una renta elevada obtenida en una ocupación prestigiosa, por un alto nivel de ejecución educativa, y por una costosa residencia con adecuados atavíos. Además, los médicos se comunican entre sí por medio de un vocabulario profesional, tal que la abrumadora mayoría de los pacientes... no comparte con ellos. El hecho que sólo dos médicos de esta ciudad sean capaces de comunicarse con los *chicanos* (mexicano-norteamericanos) o de extraer información básica pertinente a salud de ellos en el lenguaje primitivo del paciente, meramente exacerba un problema ya grave. Dicho de otra manera, existe una brecha en la comunicación entre todos los médicos en esta área, por una parte, y todos los pacientes, por la otra; pero el problema es más pronunciado entre los médicos que no son de habla española y sus pacientes de este idioma. (Rubel: 1966: 193).

En otras áreas del Sudoeste norteamericano, los antropólogos y sociólogos han procurado descubrir en qué punto residen los problemas de comunicación entre los ciudadanos de los Estados Unidos y los residentes extranjeros de ascendencia mexicana, por un lado, y aquéllos cuyo mandato es de proporcionarles servicios de salud, por el otro. Algunas de estas investigaciones básicas han sido ya publicadas (Saunders: 1954; Clark: 1959). De algunos de estos

estudios derivan manuales para proveer de personal de salud con algunos de los conceptos sanitarios básicos mantenidos por su clientela, mientras que otras publicaciones contienen glosarios fundamentales en español e inglés a fin de capacitar a las enfermeras de habla inglesa para comunicar sus mensajes a los pacientes de habla española en un lenguaje familiar, que ellos prefieren (Hanson y Saunders: 1964; Gerritsen: 1964). El hecho de que estos manuales y glosarios fueran preparados para el uso en los Estados Unidos los hace no menos importantes como ilustraciones de la clase de estrecha colaboración que necesita existir entre las ciencias sociales y la medicina entre los pueblos del medio latinoamericano.

Como se ha hecho notar previamente, varios científicos sociales han recomendado el reclutamiento de curanderos profanos para trabajar como personal auxiliar en establecimientos asistenciales. Tales propósitos parecen basarse en dos argumentos lógicos. Uno bien podría rotularse como el argumento "si Ud. no puede conquistarlos, únase a ellos"; y el otro es que dada la necesidad de contratar subprofesionales, sería útil considerar como personal potencial a aquellas personas que ya tienen una buena reputación entre sus vecinos. El incremento del curanderismo en áreas en que existen adecuadas y modernas instalaciones médicas es materia de permanente preocupación tanto de los administradores de programas de salud como de profesionales sanitarios, y es, además, un fenómeno de gran interés para el científico social. Sobre este hecho he comentado que en 1958-59, se continuaba confiando firmemente en las parteras y curanderos en un área en que los modernos recursos de salud han estado presentes por más de medio siglo. (Rubel: 1960; 1966: 155-200; ver también Martínez y Martín; Holland: 1963b; Saunders; Clark). Cuello y sus colaboradores exponen que en un suburbio de Santiago de Chile:

"Es digno de anotar el gran número de curanderos que ejercen a pesar de la idea generalizada que esta clase de especialistas está desapareciendo. Sobre este punto es interesante preguntarse si los curanderos terminarán por desaparecer o si sobrevivirán, cambiando solamente sus formas de curar. (Cuello et al.: 328).

Además, los autores dejan en claro que

"aunque este estudio fue llevado a cabo en un barrio proletario en el que predominaban condiciones de

vida miserables, no podríamos afirmar que este tipo de actitud y de actividad sea propiedad exclusiva de este sector socio-económico de la población". (Cuello et al.: 328).

En modo semejante, Rogler y Hollingshead comentan sobre los espiritistas de Puerto Rico.

* * *

Aunque la literatura antropológica contiene referencias generalizadas a los curanderos profanos de la región de América Latina, pocos intentos se han producido para delinear con precisión las características de tales prácticos de las artes curativas, y aún menos evidentes son los intentos de separar una clase de especialista de otra. El valor de tal esfuerzo puede ser rápidamente imaginado por una lectura de los pocos materiales disponibles (Metzger y Williams: 1963; Romano; Rubel: 1966). Como lo sugirió Kelly hace algunos años, cualquier esfuerzo para trabajar con prácticos profanos (en aquella fecha ella se refería específicamente a las parteras) requiere un conocimiento del lugar que ellos ocupan en la organización social respectiva (Kelly: 1955).

Es efectivo que la permanente competencia entre los curanderos y los servicios de salud profesionales representa un problema para los planificadores empeñados en proveer de más servicios bien organizados a los pueblos de América Latina. Ya sea que se opte por una vía de acción punitiva destinada a eliminar los servicios del curanderismo, o que se decida una alternativa encaminada a incluir la ayuda de estos no-profesionales en los programas oficiales, y saber por qué razón cantidades enormes de gente continúa llevando sus problemas de salud a los curanderos a pesar de disponer de modernos recursos médicos, se requerirá una investigación mucho mayor por parte de los científicos sociales en colaboración con sus colegas de salud pública y medicina.

De toda la información disponible se desprende que el rol de los científicos sociales en la reorientación de los asuntos de salud latinoamericanos está aumentando notoriamente en importancia. Más que nunca antes se está requiriendo de sus juicios y capacidades de investigación para ayudar en el proceso de educar a los trabajadores de salud y cambiar las formas de vida habituales en toda la América Latina.