

Prácticas modelo en salud intercultural

Javier Mignone, Judith Bartlett, John O'Neil
Centre for Aboriginal Health Research, University of Manitoba
2006

(Artículo originalmente publicado en “Diversidad cultural: Múltiples del tiempo presente” Colección Temática – Centro de Estudios Argentino Canadienses)

Introducción

La práctica de integrar la medicina tradicional indígena y la medicina occidental es cada vez más común en distintos sistemas de salud de una variedad de países (Organización Panamericana de la Salud, 2002). No obstante, hay una serie de debates sobre las experiencias en salud intercultural referidos a temas como el de su reglamentación legal, eficacia, derechos de propiedad intelectual, carencia de investigaciones transculturales, accesibilidad, costo, protección de plantas y conocimientos sagrados indígenas, etc. Reconociendo la importancia del tema y la necesidad de realizar investigaciones colaborativas en salud intercultural, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), comisionaron un estudio de prácticas modelo en salud intercultural en cinco países de las Américas al Centre for Aboriginal Health Research (CAHR) de la Universidad de Manitoba, Canadá (O'Neil, Bartlett, Mignone, 2005).

Salud intercultural es entendida en este estudio como prácticas en salud y atención de la salud que articulan la medicina indígena y la occidental y donde las dos medicinas son consideradas complementarias. Las premisas básicas son la del respeto mutuo, el reconocimiento igualitario de los conocimientos, voluntad para interactuar y flexibilidad para cambiar como resultado de estas interacciones. La salud intercultural se da a diferentes niveles entre ellos el de la familia, del trabajador de salud, del centro de salud, del hospital y del sistema de salud. Una “práctica modelo” en atención de la salud debe satisfacer una serie de criterios. Debe demostrar un *impacto* positivo en los individuos y las poblaciones atendidas, debe ser *sostenible, sensible y pertinente* a las necesidades del paciente, la comunidad y a la realidad cultural y medioambiental, estar *centrada en el paciente* incluyendo su género e inserción social, *mejorar acceso, coordinar e integrar*

servicios, ser *eficiente y flexible*, demostrar *liderazgo*, ser *innovador*, mostrar potencial para ser *replicado*, *identificar necesidades de salud y de políticas*, y ser *factible de ser evaluada* (Mable y Marriott, 2001).

Los cinco casos estudiados fueron los siguientes. En Temuco, Chile, Hospital Makewe-Pelale y Centro de Salud Boroa-Filulawen. En la región de Cauca, Colombia, el Consejo Regional Indígena del Cauca (CRIC), Asociación Indígena del Cauca (AIC) y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). En Otavalo, Ecuador, el centro de salud Jambi Huasi. En San Juan de Comalapa, Guatemala, las Asociación de Comadronas, la Fundación Kaslen, y el centro de salud de Comalapa. En Kwamalasamutu y Pëlele Tëpu, Surinam, las clínicas de la Medical Mission y del Amazon Conservation Team.

El estudio contó en cada país con la colaboración inestimable de los siguientes consultores: Andrés Kuyul y Valentina Farías en Chile, Alcibiádes Escué y Harold Gómez en Colombia, Edwin Piedra y José Solá en Ecuador, Ramiro Batzín y Hugo Icó en Guatemala, y representantes de la Medical Mission y del Amazon Conservation Team en Surinam. Los autores agradecen en forma particular a las comunidades y organizaciones indígenas, las organizaciones no-gubernamentales (ONG), las entidades estatales e internacionales sin cuya colaboración el estudio no hubiera sido posible. El presente capítulo primeramente explica la metodología empleada por la investigación y describe brevemente cada estudio de caso. Luego presenta los resultados más relevantes y detalla las conclusiones principales.

Metodología

La investigación utilizó un diseño de estudio de caso replicativo. La metodología del estudio de caso ha sido extensamente utilizada en investigaciones antropológicas, pero también en ocasiones donde el propósito es entender en forma holística el cómo y el por qué de ciertos eventos o decisiones ocurridas a lo largo del tiempo. Esta metodología es particularmente adecuada para el trabajo interdisciplinario. Yin (1991) ha definido al estudio de caso como “una investigación empírica: a) que investiga un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto real, b) cuando los límites entre fenómeno y contexto no son claramente evidentes, y c) que usa múltiples fuentes de evidencia.” La

metodología de estudio de caso debe cumplir con los estándares de confiabilidad y validez. En nuestro estudio la validez fue obtenida usando diversas fuentes de evidencia, manteniendo un registro preciso y transparente del proceso de recolección de datos e incluyendo en el proceso analítico a los partícipes de los casos estudiados. La sistemática documentación del proceso de recolección de datos en los cinco estudios de caso y el análisis comparativo de la información recolectada por los tres investigadores también incrementó la confiabilidad del estudio.

Entre agosto de 2004 y enero de 2005, el equipo de investigación interactuó con aproximadamente 800 personas (ver Tabla 1), de los cuales 359 participaron de entrevistas o reuniones con los investigadores. Esto fue de suma utilidad para escuchar una amplia gama de perspectivas, opiniones y recomendaciones respecto a prácticas de salud intercultural. De cada estudio de caso participaron miembros de las comunidades indígenas, usuarios de los sistemas de salud, proveedores de salud tradicionales y occidentales, administradores de salud, representantes de organizaciones Indígenas y dirigentes comunitarios, trabajadores de ONGs, funcionarios gubernamentales de diferente niveles y sectores, y funcionarios del BID y de la OPS de la sede de cada país.

Tabla 1: Síntesis de la información de cada estudio de caso

	Surinam	Guatemala	Chile	Ecuador	Colombia
Estudio de Caso	MM & ACT clinics	Asociación de Comadronas de Comalapa, Fundación Kaslen, Centro de Salud	Makewe Pelale Hospital, Boroa Health Centre	Clínica Jambí Huasi /Asociación de parteras/Aso ciación de Yachacs	CRIC/AIC /IPS
Lugar	Kwamalasamutu & Pélele Tèpu	Comalapa y alrededores	Temuco y alrededores	Otavalo y alrededores	Popayan y otras áreas de la región del Cauca
Entrevistas Individuales	10	10	7	12	10
Entrevistas Grupales /Reuniones	12	7	11	14	12
Total de Participantes	73	57	39	96	93

Eventos Comunitarios	Ninguno	Ninguno	1 (250 personas)	1 (50 personas)	1 (150 personas)
Lugares Observados	8	9	7	5	12
Documentos / FILES de datos revisados	12	12	42	25	23

Una guía de estudio de campo para cada caso fue creada en colaboración con los consultores de cada país. Estas guías permitieron una recolección de la información general (comparativa) y específica (a cada caso) más eficiente. La recolección de datos se realizó a través de entrevistas abiertas y semi-estructuradas. En general, los informantes clave en cada estudio de caso fueron identificados por los consultores. Las guías de entrevistas fueron diseñadas para operacionalizar las preguntas centrales de la investigación que emergieron del marco analítico. Dos de los tres investigadores principales tomaban en forma simultánea notas extensas durante las entrevistas y luego las transcribían en la computadora en forma independiente. La mayoría de las entrevistas fueron en castellano, aunque en los casos en que la entrevista se realizó en el idioma indígena local, la traducción estuvo a cargo del consultor local. Se obtuvo consentimiento oral para participar en el estudio de todas las comunidades, organizaciones, agencias e individuos que fueron partícipes. Las observaciones fueron registradas y numerosos documentos escritos así como datos cuantitativos fueron recogidos y analizados. Algunas actividades fueron filmadas o fotografiadas. A fin de proteger la anonimidad y confidencialidad de los partícipes, en ningún caso se utilizó información con identificadores personales. El análisis de la información fue realizado siguiendo el marco analítico pre-diseñado para el estudio de caso.

Descripción de los estudios de caso

Surinam

Este estudio de caso se realizó en la zona sureña de Surinam, en las aldeas de Kwamalasamutu y Pelele Tepu, en el interior del Amazonas a dos horas de vuelo de la capital Paramaribo. En estas aldeas indígenas Trío, de aproximadamente 1.100 y 500

habitantes respectivamente, operan dos clínicas. Una clínica, financiada mayormente por el gobierno y operada por la Medical Mision, presta servicios de medicina occidental. La otra clínica, operada por shamanes de la aldea y financiada por el Amazon Conservation Team (ACT), provee servicios de medicina indígena tradicional. Aunque cada clínica tiene edificio propio, está cercana una de la otra.

Las clínicas realizan talleres en forma conjunta donde participan trabajadores de salud y médicos de la clínica occidental y shamanes y aprendices de shamanes de la clínica tradicional, con el fin de aprender sobre prácticas tradicionales indígenas de salud, plantas medicinales, y también aprender conceptos de salud y enfermedad tradicionales. Los talleres capacitan a los shamanes en temas de atención primaria de salud y prácticas preventivas. Estas capacitaciones conjuntas facilitan además derivaciones mutuas entre las clínicas, dependiendo del diagnóstico y tratamiento requeridos.

La clínica tradicional tiene un programa para capacitar nuevos shamanes a través de un sistema de aprendices, quienes trabajan con los shamanes mayores. El objetivo es transmitir los conocimientos medicinales tradicionales a las nuevas generaciones. También se ha organizado una iniciativa de investigación en etnomedicina, donde se les enseña a los aprendices a documentar las condiciones y tratamientos de cada paciente que se atiende en la clínica tradicional. Los aprendices además conservan especímenes de plantas medicinales para su determinación taxonómica.

Guatemala

El estudio en Guatemala se centró en el rol de las comadronas en San Juan de Comalapa, un pueblo de 35.500 personas, 95% Mayas Kaqchikel, ubicado a unos 85 kilómetros de la ciudad capital. Las comadronas atienden aproximadamente 85% de los partos de la comunidad Maya de la zona. Estas mujeres han cumplido por centurias un rol importante, tanto a nivel empírico en la atención de salud como a nivel cultural en la comunidades Mayas. Las comadronas son responsables por la atención perinatal, partos y como guías espirituales de madres y familias. También prestan ayuda con enfermedades infantiles. En este caso, “la práctica modelo” consiste en la articulación entre las comadronas con el sistema de salud occidental a través un de programa de capacitación

que intenta mejorar la calidad de atención y capacitarlas con otros conocimientos que puedan facilitar la derivación apropiada de las parturientas de alto riesgo al sistema de salud oficial.

Dieciseis comadronas de Comalapa formaron recientemente una Asociación de Comadronas junto con otras 65 comadronas de aldeas cercanas. La Asociación ha sido apoyada por la Fundación Kaslen, una ONG mayormente Maya, conformada en 1985 para implementar programas de salud y desarrollo comunitarios. Entre sus programas está la de capacitación de comadronas tradicionales. Comalapa también cuenta con un centro de salud estatal que emplea dos médicos, una enfermera y cuatro enfermeras auxiliares. Del centro de salud dependen siete puestos sanitarios que operan en la región. La mayoría del personal es de origen Maya y son bilingües Kaqchikel/Castellano. El hospital más cercano se encuentra en la ciudad de Chimaltenango, a 30 kilómetros de Comalapa. Cuenta con 50 camas, cinco médicos, y presta servicios a una población de 150.000 habitantes.

Los programas de capacitación para comadronas han variado considerablemente en los últimos años. Tanto el sistema público como la Fundación Kaslen han iniciado distintos programas de capacitación a lo largo de las últimas décadas. El centro de salud comenzó en el 2002 una capacitación donde las comadronas participan durante una semana en clases de cuidados pre-natales y reconocimiento de complicaciones del parto. Al final de la capacitación, reciben un carnet que las autoriza para registrar a los niños en el registro de nacimientos. Esto funciona de hecho como una licencia para practicar. La comadronas que no completan la capacitación carecen, técnicamente, de licencia, aunque esto no necesariamente las detiene de practicar. El problema es que quedan expuestas a la posibilidad de sanciones.

Chile

El estudio en Chile fue el de varias entidades de atención en salud en Temuco y áreas cercanas. Temuco, ubicada a 670 kilómetros de Santiago, tiene una población de 300.000 habitantes. El hospital Makewe-Pelale está situado en el territorio tradicional Mapuche del mismo nombre a 25 kilómetros al sur de Temuco en las municipalidades de Padres de las Casas y Freire. El centro de salud Boroa-Filulawen está ubicado en

territorio Mapuche en la municipalidad de Nueva Imperial a 45 kilómetros de Temuco. La farmacia Mapuche y la clínica tradicional operan en Temuco mismo.

El estudio de caso describe estas iniciativas a cargo de comunidades indígenas de la región de Temuco. Aunque cada iniciativa está asociada a comunidades particulares, todas son parte de una visión mayor de líderes Mapuches tendiente a recuperar el poder de su medicina y a restaurar el autogobierno de sus comunidades. El programa intercultural se centra primordialmente en construir un sistema donde la medicina tradicional encarnada en la Machi (curadora tradicional) es ofrecida en condiciones de igualdad y en forma complementaria a la medicina occidental.

La primera experiencia comenzó con el desarrollo del programa intercultural del Hospital Makewe-Pelale. El hospital, que cuenta con 35 camas y un policlínico, provee una serie de servicios de atención de la salud occidental. Cuenta con servicios médicos, de enfermería, parteras, especialistas médicos visitantes, clínica dental y trabajadores sociales. También emplea un trabajador de salud intercultural. Los pacientes son visitados por el trabajador de salud Mapuche y un médico de formación occidental para asegurar que si lo que necesita el paciente puede ser resuelto por la medicina tradicional, es derivado apropiadamente. El primer paso en desarrollar el programa de salud intercultural fue la construcción de una *Ruka* (casa tradicional) en terreno del hospital por parte de la comunidad y que sirve de lugar de reunión para las comunidades y los dirigentes que administran el hospital. La Asociación Mapuche dueña del hospital es una asociación sin fines de lucro, que vende servicios de salud al gobierno Chileno. El programa de salud intercultural tiene por objetivo articular las dos medicinas, pero las prácticas mismas de salud tradicional no se realizan dentro del hospital. Las Machis y otros curadores tradicionales, trabajan dentro de su propio contexto fuera del hospital y sin recibir honorarios del mismo.

La segunda iniciativa en Chile es la del Centro de Salud Boroa-Filulawen, que fue creada por 25 comunidades Mapuches que no tenían buen acceso a servicios de salud occidentales o tradicionales. La inspiración para crear este centro provino en parte de la experiencia del hospital Makewe. El Centro tiene un modelo de salud integral e intercultural, donde se complementan la medicina occidental y la Mapuche. A diferencia de Makewe, en el Centro atiende una Machi una vez por semana. Los pacientes pagan

directamente por sus servicios, aunque el Centro también provee a la Machi con un pequeño subsidio. También atiende un médico occidental y los pacientes tienen acceso tanto a medicación alopática como herbalística tradicional.

El tercer componente del caso Chileno es el de una clínica tradicional y el de la Farmacia Homeopática Herbolaria Makewelawen, ambas operando en la ciudad de Temuco. Ambas son producto de la Asociación Mapuche.

Ecuador

En la ciudad de Otavalo, provincia de Imbabura, a 110 kilómetros de Quito se encuentra la clínica Jambí Huasi. La ciudad cuenta con unos 30.000 habitantes, de los cuales la mayoría es Kichua. Es un centro muy importante de producción y venta de artesanías, en especial de tejidos, lo que dinamiza la economía de la zona. La clínica Jambí Huasi opera desde 1990 y depende de la Federación de Indígenas y Campesinos de Imbabura (FICI) proveyendo toda una gama de servicios de salud, tanto occidentales como indígenas tradicionales. La FICI representa 160 comunidades indígenas y es miembro de la Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador (CONAIE).

Jambí Huasi funciona en una antigua y amplia casa ubicada en el centro de Otavalo. Entre los servicios de atención de salud occidentales que ofrece se incluyen la de un médico a tiempo completo, dentista cuatro días a la semana, un pequeño laboratorio y una partera. Entre los servicios de salud tradicionales, ofrece los servicios de un Yachac (curador tradicional) una vez por semana, una fregadora (herbalista y masajista tradicional) y una partera tradicional a tiempo completo. También ofrece servicios alternativos como masajes chinos y acupresión. La clínica también tiene un programa de promoción de la salud que intenta integrar conocimientos de los dos sistemas.

Colombia

El caso estudiado está localizado en el departamento de Cauca en el suroeste de Colombia. Cauca cuenta con una población de 1.300.000 de los cuales casi 200.000 son indígenas. La mayoría de los habitantes de esta región son campesinos (65%).

El Consejo Regional Indígena del Cauca (CRIC) es una organización de autoridades indígenas que desde hace varias décadas ha venido luchando por el

reconocimiento de los derechos de sus pueblos indígenas y por mejorar las condiciones de vida de las comunidades. Como resultado de su proceso organizativo y con el objetivo de dar respuesta adecuada a la difícil situación en salud de sus comunidades, basado en la legislación vigente conformó una empresa promotora de salud (Asociación Indígena del Cauca - AIC), encargada de administrar los subsidios de salud que la Nación y las entidades territoriales asignan a la población indígena de bajos recursos. Igualmente ha creado instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) culturalmente apropiadas, como instrumento para el desarrollo de su modelo de prestación de servicios de salud intercultural. La AIC que comenzó a operar en 1998 cuenta actualmente con 166.000 asociados y es una aseguradora de una amplia gama de servicios de salud de nivel primario, secundario y terciario. Además cuenta con una serie de programas preventivos y de promoción de la salud. Incluye entre sus servicios, financiado a través de sus fondos administrativos, el apoyo a prestaciones de salud de medicina tradicional indígena.

El modelo de servicios se concibió como respuesta a las dificultades que en salud se presentaban en los pueblos indígenas del Cauca a saber: la intervención sin control de las empresas no indígenas en el mercadeo de subsidios en territorios indígenas; el desconocimiento de la institucionalidad indígena; la generación permanente de problemas en salud por la inadecuada o inexistente atención de los indígenas afiliados y no afiliados; la falta de reconocimiento de las diferencias culturales en la prestación de los servicios, y en general por el inadecuado manejo de la salud que se venía dando en los pueblos indígenas. El diseño y construcción inicial del modelo tuvo su origen en propuestas de las autoridades indígenas y del Programa de Salud del CRIC, quienes aportaron los recursos financieros y humanos. Como resultado, hoy en día existe un modelo de salud que tienen como objetivo principal la búsqueda e implementación de una atención integral de la salud con visión intercultural.

Resultados

Los resultados principales del estudio son presentados siguiendo las categorías temáticas centrales de su marco analítico. El marco tiene una serie de sub-categorías que aquí no son detalladas. El análisis que sigue enfatiza la comparación entre los cinco casos.

Modalidades culturales, de financiación y de administración para el desarrollo de servicios de salud interculturales

La noción de interculturalidad muestra diferentes expresiones en los casos estudiados. El de Surinam es relativamente claro, donde existen dos clínicas separadas, una occidental y otra tradicional, que interactúan en las aldeas indígenas. La colaboración informal entre las dos muestra una modalidad que refuerza el trabajo de cada una y que cuenta claramente con el apoyo de la comunidad indígena. Las experiencias en Chile, Ecuador y Colombia son en esencia organizaciones que ofrecen atención de salud occidental (operadas por organizaciones indígenas) que ofrecen servicios interculturales, aunque cada una lo intenta de formas diferentes. La iniciativa de Guatemala intenta articular una institución del sistema de salud occidental público con organizaciones indígenas en el área de maternidad. La articulación no ha dado aún muestras de ser plenamente exitosa.

Los modelos de gobierno y administración tienen coherencia con lo arriba descrito. Mientras que en Surinam y Guatemala las experiencias tienen una entidad a cargo de la medicina occidental y la otra de la tradicional, en los otros tres países las organizaciones indígenas están a cargo de las dos instancias. Sin embargo, en todos los casos se intenta articular las modalidades culturales dentro del sistema de salud general en sus distintos niveles. Desafortunadamente, parecería que este objetivo no siempre se consigue y se recogió considerable evidencia que persiste un tipo de racismo institucionalizado en los hospitales y en otros sectores del sistema de salud.

En relación a la financiación, la mayor parte de los fondos para la medicina tradicional indígena proviene de donantes no-gubernamentales, de pagos por servicio o de fondos administrativos reasignados a este propósito. Es excepcional el caso en que el gobierno destine fondos para servicios de salud tradicionales. Dada la limitada e insegura base de estos fondos, ha sido el gobierno y administración indígena de las entidades prestadoras de servicios de salud las que permitieron cierto nivel de integración de servicios de salud tradicional dentro del sistema de salud general.

Oportunidades y beneficios que ofrecen las iniciativas de salud intercultural

Los estudios de caso sugirieron una serie interesante de oportunidades que aportan las iniciativas interculturales. La oportunidad de intercambiar conocimientos entre ambos tipos de trabajadores de la salud fue particularmente visible en Surinam y Ecuador, y algo menos en Chile y Colombia. A pesar de los esfuerzos en Guatemala, el aparente desigual arreglo, donde los profesionales de salud “capacitan” a las comadronas en lugar de ser un intercambio a dos puntas, pareciera limitar esa posibilidad.

Otra oportunidad significativa fue un incremento en la confianza de los miembros de la comunidad hacia el sistema de salud. La confianza comunitaria en las clínicas tanto tradicionales como occidentales en Kwamalasamutu partió de la experiencia positiva con cada clínica separadamente, pero también pareció reforzarse por la colaboración mútua entre las dos. Por otro lado, en la experiencia de Guatemala, la falta de confianza entre el centro de salud y las comadronas ha afectado el progreso del trabajo intercultural.

En Chile, la organización política de las comunidades Mapuche ha fortalecido su posición y les ha permitido mejorar el acceso a la atención de salud tanto occidental como tradicional. También en Cauca, Colombia, el CRIC, la AIC y las IPSs indígenas han ofrecido importantes oportunidades al gobierno y administración indígena de los servicios de salud. En Otavalo, Ecuador, la experiencia de Jambi Huasi ha demostrado su valor en educar al personal de salud occidental sobre salud indígena y facilitar la comunicación y confianza con las comunidades indígenas.

Los beneficios pueden resumirse en el aparente incremento del orgullo cultural de las comunidades indígenas. La situación de Guatemala es más ambivalente en este aspecto. En líneas generales, la revaloración del conocimiento y prácticas tradicionales y el incremento del sentido de posesión y control parecen proveer una amplia gama de beneficios potenciales. Más específicamente, la articulación de los sistemas de salud indígena y occidental facilitan derivaciones más tempranas y apropiadas cuando se requiere atención médica de mayor complejidad. En Otavalo, la colaboración del gobierno municipal con Jambi Huasi ha fortalecido iniciativas de salud maternal, de la niñez y adolescencia. En Cauca, la experiencia de la AIC ha incrementado el respeto hacia el gobierno y administración indígena de sistemas de salud. En Temuco, Chile, las

experiencias de Makewe y Boroa ha creado un nuevo diálogo sobre el valor y rol de la medicina tradicional y de la responsabilidad de la dirigencia indígena en temas de salud.

Restricciones y riesgos asociados con la articulación de sistemas de salud indígenas y occidentales

Una serie de restricciones a las experiencias interculturales están vinculadas a la resistencia de ciertas iglesias a la medicina tradicional o a ciertos aspectos de la misma. En Surinam está relacionado con la marginación de las prácticas ceremoniales espirituales de los shamanes, pero no con el uso de medicinas tradicionales de por sí. En todos los casos la resistencia más ostensible provenía de algunas iglesias evangélicas. No obstante, las restricciones provenientes de creencias religiosas no parece haber limitado seriamente el desarrollo de ninguna de las cinco iniciativas de salud intercultural aquí estudiadas.

Restricciones relacionadas con profesionales de la salud varían según los casos. En Surinam se observó un importante grado de apertura y cooperación de los médicos y personal de enfermería hacia las posibilidades ofrecidas por la medicina tradicional. En Guatemala, a pesar de cierta aceptación por parte de estos profesionales, su posición era que los practicantes de medicina tradicional debieran trabajar bajo el ala de la medicina occidental. Las experiencias de Makewe y Boroa en Chile parecen estar impactando a los profesionales médicos en el sentido que muchos graduados recientes están solicitando realizar sus prácticas en instituciones de salud ligadas a comunidades indígenas donde se trabaja con un sentido intercultural. En Ecuador, la integración de ambas medicinas parece funcionar sin restricciones a nivel de la clínica Jambi Huasi.

En la mayoría de los casos estudiados, fue en la relación con personal hospitalario donde se percibió más resistencia a la interculturalidad. Ciertos niveles de racismo parecen todavía limitar seriamente la implementación de prácticas de salud culturalmente apropiadas. La falta de claridad respecto al marco legal para la práctica de la medicina tradicional y su interacción con la occidental también restringe la interculturalidad. Aunque la situación actual en Chile no preocupa, la ambigüedad en la legislación conlleva un elemento de riesgo para estas iniciativas interculturales si llegase a haber un cambio en la posición del gobierno. Aún en Colombia, donde la legislación provee un

buen respaldo legal para las prácticas interculturales, la falta de reglamentaciones adecuadas apoyando un sistema integrado crea restricciones a su desarrollo. En Ecuador la constitución nacional protege a los curadores tradicionales, pero no hay legislación clara respecto a como el sistema de salud pública puede interactuar con ellos. En Guatemala, la situación legal de las comadronas no está clara. No obstante, el sistema de salud pública trata de regularlas mediante un sistema de registro a la que son atraídas con la oferta de capacitación. La falta de un sistema regulatorio legal en Surinam no parece haber restringido las experiencias interculturales en las aldeas estudiadas.

La carencia de fuentes de financiación apropiada conlleva restricciones en todos los casos. Esto es particularmente evidente en Guatemala, donde un presupuesto estatal muy limitado ha restringido una articulación más amplia entre las comadronas y el sistema de salud oficial. La experiencia de Colombia sugiere la importancia del gobierno y administración indígena de los recursos de salud en el fortalecimiento de la salud intercultural. No obstante, los fondos siguen siendo muy limitados. En Surinam, sin el esfuerzo de una ONG extranjera, las clínicas tradicionales no podrían funcionar al nivel actual. El hospital Makewe en Chile ha conseguido un nivel de financiación relativamente adecuado gracias a la venta de sus servicios al gobierno y una pequeña parte de estos fondos los destinan a la interculturalidad. A pesar de la eficiencia en el manejo de recursos por parte de la clínica Jambi Huasi en Ecuador, los fondos son muy limitados y ello ha seriamente restringido el desarrollo de programas de salud intercultural más amplios.

Finalmente, la falta de buenos sistemas de recolección de datos en todos los casos, siendo Surinam un poco la excepción, ha limitado seriamente las iniciativas interculturales. La carencia de buena información las restringe en sus posibilidades operacionales, de planificación, evaluación e investigación.

Impactos de la implementación de sistemas de salud interculturales

El impacto más claro en cuatro de los cinco estudios de caso fue la mejora en el acceso a los servicios de salud, tanto tradicionales como occidentales. La excepción fue Guatemala en parte porque el modelo intercultural no parece funcionar adecuadamente. La evidencia sugirió que cuando entidades indígenas están involucradas en la organización

del cuidado de la salud, ello resulta en un impacto significativo en la reducción de barreras al acceso a los servicios y a un incremento en la satisfacción de los usuarios.

El costo de la medicina tradicional es significativamente menor comparado con el de la medicina occidental. Lo que los estudios de caso demostraron fue que los sistemas no funcionan en oposición. Por el contrario, la verdadera opción no es la de invertir más recursos en uno o el otro, sino en la de invertir recursos en modelos de la atención de salud interculturales que por su propia naturaleza son inclusivos.

Un impacto positivo de las experiencias interculturales se relaciona con el desarrollo comunitario indígena, con la revalorización del conocimiento indígena, con la continuidad cultural y con el orgullo como pueblo. Estas iniciativas no sólo parecen impactar positivamente al cuidado de la salud, sino también la participación y organización comunitaria, que indirectamente afectan determinantes sociales de salud (por ejemplo nutrición, empleo, etc.).

Dado que estas experiencias parecieran estar mejorando el acceso a la atención de la salud, la satisfacción del usuario y la variedad de opciones de tratamiento, así como determinantes sociales de salud, se puede esperar que estén teniendo un impacto positivo en el nivel de salud. Sin embargo, la falta de sistemas de recolección de datos impide realizar estudios de efectividad que puedan determinar la veracidad de esta posibilidad. Ninguno de los sistemas de salud en los cinco países recoge información adecuada para ello, tanto respecto a la medicina tradicional como la occidental. El desarrollo de sistemas de información relativamente rigurosos sería un paso necesario y positivo para las iniciativas de salud intercultural.

Conclusiones

Los estudios de caso de salud intercultural permitieron entender una serie de posibilidades, beneficios y dificultades que enfrentan este tipo de experiencias. Aún con las limitaciones del diseño de investigación y de la escasez de datos estadísticos, podemos plantear conclusiones generales que abarcan las siguientes áreas a saber.

Beneficios e impactos de las experiencias de salud intercultural

A nivel del impacto de las iniciativas interculturales en la salud individual y poblacional la investigación permitió entender ciertos procesos que lo hacen plausible. No obstante, la falta de estudios de eficacia y efectividad no permiten establecer una vinculación definitiva. Precisamente, esto refuerza la necesidad de crear sistemas de información que capten datos que puedan ser utilizados para la evaluación de los sistemas de salud y para la investigación. La escasez de datos se vio, no solo en los aspectos de la medicina tradicional, sino también en la de la medicina occidental.

Los testimonios escuchados dieron cuenta que los tratamientos de curadores tradicionales ayudan en la resolución de una variedad de enfermedades. La medicina indígena parece jugar un rol importante en resolver problemáticas espirituales, psicológica y físicas que son en parte consecuencia del trauma histórico. Las experiencias interculturales favorecen claramente la posibilidad que cuando una de las medicinas no ayuda a resolver cierta problemática se pueda derivar en forma apropiada al enfermo.

Otro beneficio de las iniciativas de salud intercultural parece ser el de mejorar el acceso a la atención primaria y secundaria de salud. En primer lugar porque integra en un sistema más formalizado a distintos prestadores de salud. Por ejemplo, el apoyo a parteras tradicionales no sólo incrementa sus posibilidades de resolución de complicaciones del parto, sino también la derivación temprana y apropiada. Otra razón es que la integración del sistema indígena y occidental, aún con las distintas modalidades de cada caso estudiado, resultó en una mayor confianza de los usuarios indígenas hacia el sistema de salud al ver que sus valores, creencias y cultura son respetados.

Esto último se relaciona con la experiencia de seguridad cultural indígena en los servicios de salud occidentales. En todos los casos (en parte con la excepción de Surinam) se evidenció que los pueblos indígenas sufren de considerable racismo y discriminación en el contexto de los servicios de salud. La evidencia más clara de esto es la negativa de muchas mujeres embarazadas a concurrir al hospital aún en situaciones de complicaciones serias. Los estudios de caso demostraron que la existencia de las diversas prácticas interculturales impactan en forma positiva la experiencia del usuario en lo que se ha dado a llamar su seguridad cultural. El sentirse respetado a este nivel es una condición básica para la atención médica adecuada.

A nivel económico, las iniciativas interculturales son relativamente poco costosas, en parte porque las prácticas medicinales tradicionales no incrementan el gasto en salud público por el apoyo comunitario que tienen y porque sus insumos no son caros. No obstante, hay una serie de recursos que deben destinarse a articular y permitir que funcione efectivamente el sistema intercultural. A la larga es muy posible que esa inversión sea económica en el sentido que fortalece el sistema de atención primaria de salud (tradicional y occidental) ahorrando usos más costosos del sistema de salud.

Un hallazgo importante de la investigación fue que la implementación de programas interculturales tiene un rol significativo en la creación de espacios desde donde las comunidades indígenas fortalecen sus organizaciones e incrementan su autonomía y autogobierno. Esto concuerda con un estudio en Canadá (Papillon y Cosentino, 2004) que concluye que espacios de este tipo favorecen el desarrollo de la capacidad técnica de las comunidades indígenas para administrar sus programas sociales y económicos. Finalmente, las iniciativas interculturales en salud reafirman la importancia central de la espiritualidad indígena y sus valores sociales, lo que su vez incrementa la confianza comunitaria para plantear su autonomía respecto a la sociedad en general y al estado.

Desafíos y restricciones de la salud intercultural

A pesar de cambios constitucionales y de intentos de proveer capacitación de sensibilidad cultural al personal de salud en varios de los países estudiados, no hay clara evidencia que se haya progresado en la aceptación de prácticas de medicina tradicional por parte del sistema oficial de salud. Un problema particularmente serio es que los currículums educativos de médicos y otros profesionales de la salud en países con importantes poblaciones indígenas carecen de contenidos relacionados con la sensibilidad cultural y con el entendimiento de la cosmovisión indígena de salud. Esta carencia se repite en los programas de capacitación de profesionales de salud.

En algunas comunidades indígenas existe cierta tensión respecto a si la medicina tradicional debe o no practicarse dentro de los ámbitos de salud occidental. También hay opiniones encontradas respecto a la comercialización o no de productos medicinales tradicionales. Por lo tanto, es necesario que las distintas poblaciones indígenas expandan

este debate para avanzar en el proceso de articulación entre las dos medicinas sin que se pierda la integridad cultural.

En casi todos los países estudiados los sistemas de salud han sido reformados en las últimas décadas, con una tendencia general a la descentralización y a la privatización de la atención de la salud. Aunque se ha intentado mantener cierto nivel mínimo de servicios, la seguridad social ha quedado muchas veces debilitada. Aún con los seguros de salud, en algunos de los países aún hay una alta proporción de poblaciones indígenas de bajos recursos que carecen de acceso adecuado a la medicina occidental. El hecho que indígenas, particularmente en zonas rurales, tienden a atenderse por curadores tradicionales como primera opción mitiga las consecuencias del limitado acceso a otros servicios de salud. Esta realidad, lejos de excusar a los estados de invertir en atención a la salud, debe movilizarlos a reconocer la demanda y promover programas que articulen los dos sistemas.

La opinión oficial en la mayoría de los países estudiados es de cierto apoyo a las prácticas tradicionales indígenas de salud. No obstante, pareciera haber cierta ambivalencia respecto a que si es la aceptación de un mal menor o un auténtico respeto a su rol en salud. Uno de los factores que complica esta situación es la brecha en la comunicación existente entre los gobiernos y las comunidades y dirigencias indígenas.

A pesar de cambios constitucionales en varios de los países en las últimas décadas que incluyen mayor reconocimiento a la realidad indígena, en términos legislativos y reglamentarios el avance ha sido muy limitado. Esta falta de claridad legal deja a las iniciativas interculturales en situaciones precarias. Por ejemplo, médicos que participan en estas experiencias temen en algunos casos ser penalizados con su licencia médica y viceversa, curadores tradicionales indígenas pueden ser sujetos a acusaciones de práctica ilegal de la medicina. La evidencia sugirió que esto no sucede con frecuencia, pero la falta de protección legal es una traba real. Dada la variedad de prácticas tradicionales en cada país, un avance en mayor claridad legal y reglamentaria deber realizarse en íntima consulta con las poblaciones indígenas.

El último punto que plantea un desafío importante a las experiencias interculturales de salud es su capacidad de sustentarse económicamente. La medicina tradicional indígena ha existido durante milenios. Los curadores tradicionales reponen a

un “llamado” espiritual y por lo tanto no son motivados por razones de beneficios materiales. En varios de los casos estudiados se evidenció el papel de la comunidad en apoyar a los curadores con recursos de distinto tipo, además de cierto pago mínimo (en dinero o en especies) por parte de quienes reciben sus servicios. No obstante, estos costos son mínimos. El tema de la sustentabilidad económica de sistemas interculturales se refiere más a la articulación entre las dos medicinas, a las decisiones de priorizar gastos, a las formas de pago de los prestadores, y al rol del estado, de las organizaciones y de las comunidades indígenas.

Riesgos y limitaciones de la salud intercultural

Entre los posibles riesgos y limitaciones de las experiencias interculturales en salud se observaron principalmente aquellas relacionadas con la comercialización, la inequidades, la institucionalización, la pérdida de la autonomía y la popularización.

El riesgo de comercialización tiene dos aspectos. Uno es el que ha sido denominado de “biopiratería” donde científicos y corporaciones utilizan el conocimiento tradicional indígena de plantas medicinales para identificar las plantas y sus usos y luego sintetizar sus propiedades y patentar las drogas. Las comunidades indígenas no reciben ninguna compensación económica e irónicamente estas drogas terminan siendo vendidas a precios inaccesibles para estas comunidades. El segundo aspecto de comercialización se refiere a la venta de medicinas naturales y prácticas medicinales tradicionales por parte de organizaciones indígenas. El riesgo es si esta comercialización de algún modo desvirtúa la medicinal tradicional. El estudio evidenció importantes oportunidades ofrecidas por esta comercialización (particularmente en el caso de Temuco, Chile), pero a la vez escuchó opiniones de dirigentes indígenas preocupados por posibles riesgos de este tipo de comercialización.

Una conclusión importante del estudio es el papel central que juegan las organizaciones indígenas fuertes en expandir la cobertura de la atención de salud en sus comunidades. Las comunidades más fuertes tienen más capacidad para conseguir mejores recursos del estado o de entidades no-gubernamentales para crear y equipar centros de salud, etc. El riesgo es la generación de importantes inequidades entre comunidades indígenas y su mitigación debe relacionarse con “equiparar hacia arriba”, es decir que lo

logrado por algunas comunidades pueda ser replicado en el menor tiempo posible en aquellas comunidades que aún carecen de esos recursos.

El tema de la institucionalización y pérdida de autonomía de las organizaciones indígenas se refiere a la tensión entre el control estatal y el control indígena de la atención de la salud. Uno de los riesgos sería el de la institucionalización de la medicina tradicional, donde estas prácticas tradicionales terminan siendo definidas, estructuradas por los paradigmas occidentales y en última instancia subsumidas a estos. El segundo riesgo se relaciona con la pérdida de la autonomía de las comunidades y organizaciones indígenas en términos de como estructurar, organizar y administrar los sistemas de salud que incorporan las dos medicinas. La experiencia demuestra que el valor del control comunitario se pierde en la lógica del control estatal.

El tema de la popularización de la medicina tradicional indígena, entendido como su práctica fuera del contexto cultural y comunitario que valida a los curadores y sus prácticas, emergió como una conclusión de relevancia. La aparición de curadores “no calificados” ofreciendo una variedad de servicios de salud alternativos que pueden incluir aspectos de medicina indígena fue mencionado reiteradamente como un problema serio, tanto por parte de las organizaciones indígenas como por entidades estatales. Las experiencias de salud intercultural estudiadas ofrecen claros antídotos a este riesgo.

Este estudio permitió conocer en detalle cinco experiencias en salud intercultural y al analizar la información poder entender sus beneficios, limitaciones y riesgos. Además está decir que son necesarios más estudios para poder avanzar en el aspecto intercultural de los sistemas de salud. No obstante, la evidencia recogida en este estudio sugiere lo siguiente. Los estados deben incluir en sus políticas de salud el de apoyo efectivo a iniciativas de salud intercultural, en particular desarrollando normativas legales culturalmente apropiadas, creando estructuras contractuales que promuevan el manejo autónomo indígena de áreas del sistema de salud y aportando recursos económicos para permitir implementar más ampliamente estas experiencias. Otro aspecto debe ser el de orientar al sistema de salud occidental a aceptar e integrar modalidades, prácticas y programas interculturales. El apoyo a las organizaciones y comunidades indígenas para desarrollar programas de salud no solo es necesario sino que es potencialmente muy

beneficioso. El desarrollo de sistemas de información con fines operacionales, de auditoría, de evaluación y de investigación es necesario para una mejor implementación de iniciativas de salud intercultural y debe ser apoyada con recursos técnicos y financieros. Finalmente, el intercambio de ideas y modelos en salud intercultural entre los países de las Américas, principalmente a través de las diversas entidades indígenas, enriquecería el debate y la implementación de estos sistemas.

Bibliografía

Mable, A. & Marriott, J. (2001) A path to a better future: A preliminary framework for a Best Practices Program for Aboriginal health and health care. National Aboriginal Health Organization. Ottawa.

O'Neil, J., Bartlett, J., Mignone, J. (2005) Best practices in intercultural health. Report prepared for the IADB and PAHO. June. Winnipeg, Manitoba.

Organización Panamericana de la Salud (2002) Medicinas y terapias tradicionales, complementarias y alternativas. Informe No. 21. Washington, D.C.

Papillon, M., Cosentino, G. (2004) Lessons from abroad: Towards a new social model for Canada's Aboriginal peoples. (Rep. No. 40). Ottawa, Canadian Policy Research Networks.

Yin, RK. (1991) Case study research: Design and methods. Newbury Park: Sage Publications.