

LA INTERCULTURALIDAD EN SALUD Y LA CRISIS DEL PARADIGMA UNICULTURAL

Hugo E. Delgado Súmar

Una nación rica no es necesariamente una nación sana, ni un país pobre es necesariamente malsano.

I. Introducción

El estar en el último año del “Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo”, y a poco más de dos años de iniciado el proceso de reforma del Sector Salud, nos proporciona un marco adecuado para ensayar una breve reflexión sobre un tema, de por sí, sensible para toda la sociedad: la crisis del paradigma unicultural. En un país en el cual, la crisis cobra una particular fisonomía marcada por altas tasas de mortalidad y desnutrición, unidas a elevadas tasas de pobreza y pobreza extrema, a su vez asociadas a altos índices de desempleo y subempleo, los problemas de salud, cobran relevante importancia. Importancia que se pone de manifiesto, por lo menos en teoría, con los intentos de reforma y reorientación que se vienen haciendo en el país.

II. El Marco General

Durante la época colonial se instauró en el Perú un modelo de segregación destinado a mantener la diferencia étnico-racial, que se expresaba en la existencia de regímenes jurídicos y espacios territoriales diferenciados entre peninsulares (conquistadores) e “indios” (conquistados) mediante el establecimiento de “pueblos de indios”, los que, además de estar físicamente separados de las “villas de españoles”, fueron utilizados como instrumentos para facilitar al gobierno colonial el cobro del tributo, la organización del trabajo y la evangelización.

Este régimen colonial, basado en la subordinación política y en la explotación económica, se legitimó construyendo una justificación ideológica sobre la “superioridad cultural de los blancos” y la “inferioridad natural de los indios”, que –lamentablemente- aún se halla presente entre nosotros. Careciendo los indios de entendimiento y no contando con capacidad para autogobernarse fueron encomendados a los conquistadores para su evangelización y civilización. Consecuencia de ello, sus usos y costumbres fueron limitados, destruidos, “extirpados”.

El proceso de emancipación y el inicio de la República, instauró formalmente un modelo de igualdad de todos los “ciudadanos” ante la ley y se eliminaron los regímenes jurídicos diferenciados, quedando toda la población sometida a una sola ley escrita y general, con clara tendencia asimilacionista y

definido propósito de construir una sola nación culturalmente homogénea, con un solo idioma y una sola religión, oficiales. Se perpetuaba de esta manera y se negaba de manera abierta la realidad plural del país subordinado a una elite criolla y mestiza tributaria de la cultura dominante.

Siendo distintas la realidad y la legalidad, la sobrevivencia cultural sirvió de marco para el despojo de tierras y para la explotación de la fuerza laboral indígena. Todas las expresiones de la cultura sometida, tuvieron desde entonces un carácter “clandestino” dentro de un modelo de actuación dual, que permitió el enriquecimiento –vía la represión- de las autoridades políticas, militares, judiciales y religiosas.

A inicios del siglo XX, y luego de más de 400 años, el indígena vuelve a ser sujeto de derecho, primero en la constitución de 1920 y más tarde en el Código Penal de 1924; pero en ambos casos en el marco de una visión “civilizadora” de asimilación cultural.

Veinte años más tarde, como resultado de los movimientos intelectuales que buscaban la modificación “integracionista” de las leyes vigentes y el carácter “civilizador” de los discursos que buscaban la desaparición cultural del pueblo indígena, surge el “integracionismo” enarbolando el ideal del desarrollo vía la integración de los indígenas a la nación y al mercado, respetando su cultura y reconociendo sus derechos, especialmente aquellos relacionados con la tierra, el idioma, sus costumbres. Sin embargo, el integracionismo, seguía considerando a los indígenas como objetos de políticas y no como sujetos políticos¹. En la década de los 70, las reformas del gobierno militar liquidaron el modelo oligárquico-terrateniente y, más tarde, con la Constitución de 1979, aún dentro de un claro marco integracionista se oficializan el quechua y el aymara, se reconoce la personería jurídica de las comunidades y se reconoce la inalienabilidad de las tierras comunales. En la década de los 90, la coyuntura de los “Quinientos años”, provoca la adopción del Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes en 1989².

La Constitución de 1993 asume la configuración pluricultural de la nación, abandonando la definición monocultural, superando el modelo político integracionista que seguía valorando la cultura hegemónica como “superior”; instituye el derecho *individual* a la identidad diferenciada, y el derecho *colectivo* de

¹ Convenio 107 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). 1957. “Las poblaciones indígenas tienen derecho a la igualdad con todos los ciudadanos del país”. Adicionalmente reconoce de manera específica: el derecho colectivo a la tierra, el derecho a la educación en lengua materna y el derecho de las comunidades a resolver sus conflictos de acuerdo a la tradición y a la costumbre. El ejercicio de dichos derechos, se estableció no debía afectar los derechos humanos ni las políticas de integración” que tuviesen los estados para dichas poblaciones.

² Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes. 1969. 1] Recoge la noción de pueblo asumida colectivamente cuyo principal derecho colectivo constituye el territorio, entendido como el conjunto de recursos naturales, geográficos, culturales, míticos y religiosos, que hacen su cosmovisión y aseguran su supervivencia. 2] Parte V: seguridad social y salud: Los gobiernos deberán velar porque se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.

las diferentes culturas y grupos étnicos a recibir respeto y protección del Estado³. Consecuentemente, quienes tienen formas de matrimonio, justicia, manejo de plantas, tratamiento de la salud, diferentes a las que están en el supuesto cultural del código penal no deberían ser sancionados ni obligados bajo amenaza legal a asimilarse a la pauta cultural hegemónica; del mismo modo, quienes aplican el derecho y la justicia campesina o indígena.

Sin embargo, a cuatro años de iniciado el nuevo milenio, y a cuatro años de iniciado un proceso de reconstrucción de la institucionalidad, aún, la pluriculturalidad legal del país (o la nación), no se corresponde con la realidad.

Dentro de este marco, la Medicina Andina, al igual que todos los aspectos de la cultura, fue limitada, trucidado su desarrollo, perseguida y, finalmente, confinada a la marginalidad y al ejercicio “clandestino”. Muchos de sus recursos conceptuales, materiales y terapéuticos se perdieron como parte del proceso de aculturación; muchos de ellos, se resistieron a desaparecer y pervivieron bajo una relación tolerante, en la que el Estado, no otorgando reconocimiento legal a su práctica, “reconoce” su vigencia y su práctica, donde la medicina occidental y oficial no llega por limitaciones de cobertura del sistema o por problemas de accesibilidad física, económica o cultural de los usuarios.

Sobre ella, se sobrepuso la medicina occidental, con un carácter eminentemente reparativo, sobre una estructura fundamentalmente urbana, en oposición a las necesidades de la sociedad. Modelo éste, que forma parte del paradigma unicultural construido e impuesto por occidente.

III. Las limitaciones del paradigma occidental

El modelo patogénico desarrollado en los dos últimos siglos sobre la consideración de la medicina como una ciencia natural, y la construcción de un sistema de conocimiento basado en la experimentación para explicar y aminorar el sufrimiento humano (Bernard, 1865), han llegado a su límite, al haberse hecho patente su incapacidad para curar la gran mayoría de las enfermedades que afligen a la humanidad. “Las más importantes causas de muerte (cáncer o enfermedades cardiovasculares), discapacidad (enfermedades reumáticas), sufrimiento (enfermedades mentales) o simples molestias (atopia) permanecen sin tratamientos etiológicos aún en nuestros días; incluso, la más frecuente de nuestras afecciones, el resfriado común”.

Estudios desarrollados en la década del 70 (Mc Keown, 1976), corroborados en estudios posteriores (Robes, García y Bernabeu, 1996, entre muchos otros) han demostrado la limitada participación de los descubrimientos científicos en las mejoras de salud experimentadas por el descenso de la mortalidad, poniendo de manifiesto la crisis del sistema y la crisis del pensamiento médico, que la

³ Art. 2,19 de la Constitución: *“Toda persona tiene derecho: A su identidad étnica y cultural. El Estado reconoce y protege la pluralidad étnica y cultural de la nación”*.

propaganda consagró como el único poseedor de todas las soluciones en materia de conservación y recuperación de la salud.

Salud para todos en el año 2000

La crisis del paradigma unicultural de la medicina occidental, puesta de manifiesto a partir de la década del 60, origina en el año de 1978, una modificación sustantiva en la actuación de la Organización Mundial de la Salud: se formula la estrategia “Salud para Todos”⁴, documento en el que aparece formalmente una llamada a la acción intersectorial como herramienta para ganar salud junto con los otros ejes de equidad, participación y reorientación de servicios. “La llamada es primordialmente intuitiva y global”, ante la falta de precisión de qué sector o sectores tienen importancia relevante en el mejoramiento de la salud⁵.

En el marco de la Atención Primaria de la Salud, definida como objetivo de la estrategia “Salud para todos en el año 2000”, sobre la base del reconocimiento de su importancia y de su contribución al mantenimiento de la salud de los pueblos, la Medicina Tradicional es incorporada como un nivel primario (comunal) de los sistemas oficiales de salud.

Palabras claves de este proceso son: promoción y protección de la salud; Atención primaria de salud; Participación comunitaria; servicios preventivos, curativos y rehabilitadores; Alimentación y nutrición; Agua potable y saneamiento básico; Inmunizaciones; Provisión de medicamentos esenciales, etc.

Rescate legal de las Medicinas Tradicionales

Como consecuencia de la percepción de las limitaciones del sistema, que originan los acuerdos de Alma-Ata, la Organización Mundial de la Salud, en sucesivas resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud, emitidas entre 1977 y 1999⁶, insta a los gobiernos a otorgar “una importancia adecuada al empleo de sus

⁴ Declaración de ALMA-ATA “Salud para Todos”. La Conferencia internacional de atención primaria de salud, reunida en Alma-Ata el día 12 de septiembre de 1978.

⁵ I La Conferencia reafirma con decisión, que la salud, que es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad; es un derecho humano fundamental y que la consecución del nivel de salud más alto posible es un objetivo social prioritario en todo el mundo, cuya realización requiere la acción de muchos otros sectores sociales y económicos, además del sector sanitario. II La existente desigualdad en el estado de salud de las personas, particularmente entre los países desarrollados y los países en vías de desarrollo, así como entre los diversos países, es inaceptable política, social y económicamente y, por tanto, implica de manera común a todos los países.

⁶ 1. Resolución WHA29.72 (Mayo de 1976): Por primera vez, llama la atención sobre la importante contribución que la Medicina Tradicional hace a la salud pública de la comunidad y la importancia de los Agentes de Salud de la Medicina Tradicional para el aumento de la cobertura de los servicios de salud oficial.

2. Resolución WHA30.49 (Mayo de 1977): 2) “Insta a los gobiernos interesados a que otorguen una importancia adecuada al empleo de sus sistemas médicos tradicionales en conjunción con la medicina moderna; 3) Pide al Director General que ayude a los Estados Miembros a organizar actividades de enseñanza e investigación y a conceder becas para formar personal en materias de técnicas de investigación, estudiar los sistemas de asistencia sanitaria e investigar los procedimientos tecnológicos relativos a los sistemas médicos tradicionales e indígenas”.

3. Resolución WHA31.33 (Mayo de 1978). “Pide al Director General: 1) que prepare un inventario de las plantas medicinales utilizadas en los distintos países, con la nomenclatura botánica normalizada de las que tengan uso más difundido; 2) que disponga la compilación y actualización periódica de una clasificación terapéutica de las plantas medicinales, relacionada con la clasificación terapéutica general de todos los medicamentos; 3) que se examine los datos

sistemas tradicionales en conjunción con la medicina moderna”, a la organización de actividades de investigación y enseñanza, a la creación de centros regionales de investigación para el estudio de plantas medicinales y sistemas médicos tradicionales y a la incorporación de los especialistas de la Medicina Tradicional en los programas de atención primaria de la salud, entre otros muchos aspectos.

Este rescate legal, sin embargo, no se traduce en nuestro país en políticas de Estado y, al iniciar el nuevo milenio, en contradicción con dichas recomendaciones, se comprime el accionar de la única Institución pública relacionada al tema⁷.

La Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas

La necesidad de “fundamentar y ampliar el espacio de participación de las culturas médicas tradicionales en el logro de metas de salud para la Región”, fue el acuerdo central del Grupo de Trabajo sobre Salud y Culturas Médicas Tradicionales en América Latina y El Caribe llevado a cabo en 1983⁸, bajo los auspicios de la Organización Panamericana de la Salud. Diez años después, en 1993, “gracias a los esfuerzos de los propios pueblos indígenas que promovieron los derechos humanos, la conservación del medio ambiente, la educación y la salud”, la Asamblea General de las Naciones Unidas proclamó al año 1993 como “Año Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo”. En 1994, durante la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Derechos Humanos, se produjo la conversión del Año

científicos de que se disponga acerca de la eficacia de las plantas medicinales en el tratamiento de afecciones y enfermedades específicas, y dé a conocer, en forma resumida, los resultados de ese examen; 6) que designe centros regionales de investigación y enseñanza para el estudio de plantas medicinales".

4. Resolución WHA40.33 (Mayo de 1987). "Insta a los Estados Miembros: 1) a que utilicen en la mayor medida posible prácticos de sus sistemas médicos tradicionales en los programas de atención primaria de la salud, siempre y cuando sea hacedero y apropiado; 2) a que emprendan amplios programas de identificación, evaluación, elaboración, cultivo y conservación de plantas medicinales utilizadas en medicina tradicional; .4) a que apoyen las investigaciones sobre métodos tradicionales de tratar dolencias y de promover la salud de la familia, la nutrición y el bienestar; 5) a que se intensifique la cooperación y el intercambio de expertos, técnicas y métodos de adiestramiento en materia de sistemas médicos tradicionales y sectores afines, particularmente entre países de características culturales semejantes".

5. Resolución WHA41.19 (Mayo de 1988). "Insta a los Estados Miembros: 1) que estudien la situación en lo referente a las plantas medicinales que crecen en sus respectivos territorios; 2) que adopten medidas eficaces para garantizar la conservación de esas plantas y fomentar su utilización a largo plazo".

6. Resolución WHA42.43 (Mayo de 1989). "Insta a los Estados Miembros: 1) a efectuar una evaluación completa de sus sistemas de medicina tradicionales; 2) a hacer sistemáticamente un inventario y un estudio (preclínico y clínico) de las plantas medicinales que utilizan los prácticos de medicina tradicional y la población;...3) a determinar las plantas medicinales o los remedios de ellas derivados que tengan una relación eficacia/efecto secundario satisfactoria y deban incluirse en el formulario de la farmacopea nacional; 4) a estudiar posibilidades de aprovechamiento de las prácticas de medicina tradicional para la ampliación de la cobertura mediante atención primaria de la salud; 5) a promover la colaboración entre universidades, servicios de salud, centros de adiestramiento y organizaciones internacionales pertinentes en el estudio científico de las formas tradicionales de tratamiento médico y de su empleo, cuando esté indicado, en la asistencia sanitaria moderna".

7. Resolución WHA44.34 (Mayo de 1991). "Insta a los estados miembros: 1) a que intensifiquen las actividades encaminadas a la cooperación entre quienes practican la medicina tradicional y quienes dispensan una asistencia sanitaria moderna, especialmente en lo tocante al empleo de remedios tradicionales inocuos, eficaces y científicamente válidos para reducir los gastos nacionales en medicamentos".

⁷ La Ley 27657 de fecha 29 de enero del 2002, transforma el Instituto Nacional de Medicina Tradicional – INMETRA, en el Centro Nacional de Salud Intercultural, como órgano del Instituto Nacional de Salud; produciéndose de esta manera la pérdida de su condición de Organismo Público Descentralizado y la reducción de su accionar.

⁸ Organización Panamericana de la Salud. Taller Piloto Subregional Andino de Salud para los Pueblos Indígenas. Informe Final. Santa Cruz – Bolivia, 1994. OPS/HSL/94, 16. Washington, D.C., 1994.

Internacional en “Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo” (1994-2004).

En este contexto, en 1993, se lleva a cabo el I Taller Hemisférico de Salud de los Pueblos Indígenas en Winnipeg, Canadá, que da lugar al surgimiento de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas, aprobada en la Resolución V. de la XXXVII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, en setiembre del mismo año; documento que se sustenta en los siguientes principios: 1] Necesidad de un enfoque integral de la salud; 2] Derecho a la autodeterminación de los pueblos indígenas; 3] Respeto y revitalización de las culturas indígenas; 4] Reciprocidad en las relaciones entre los actores involucrados en los procesos y, 5] Derecho a la participación sistemática de los pueblos indígenas a través de sus representantes.

La Iniciativa, surge del reconocimiento de las desigualdades sociales en América Latina y El Caribe, y el reconocimiento que éstas, son las más acentuadas en el mundo, las que además, han sido exacerbadas por la implementación de las políticas de ajuste en materia económica. Los estudios de CEPAL, señalan que entre 1980 y 1990 aumentó en 60 millones el número de pobres, alcanzando la alarmante cifra de 196 millones de personas con una renta mensual inferior a US\$ 60; que más de 10 millones de latinoamericanos en edad de trabajar no hallan trabajo, mientras que otros 54 millones sobreviven en actividades de baja productividad en el sector informal; que el desempleo y la pobreza dificultan en gran medida el acceso a condiciones de vida razonables y que ello, reduce la capacidad de las personas para participar en el desarrollo y, como consecuencia, ven afectada su salud negativamente⁹.

Por otro lado, se reconoce que los procesos históricos de colonización y la tendencia a homogenizar a los pueblos de América Latina y El Caribe, han impedido permanentemente considerar en serio la característica multicultural del continente y de los países que lo integran. Que, como consecuencia de ello, han sido dejados de lado, tanto el real valor de las culturas que han sobrevivido y están vigentes, como la presencia de nuevas expresiones culturales que nacieron como resultado del mestizaje y de la interacción entre las culturas¹⁰.

En América Latina, en el siglo XV, vivían en las Américas cerca de 80 millones de indígenas (Schwerin; 1984). La invasión europea desequilibró la dinámica de estos pueblos. Posiblemente el efecto más dramático de este desequilibrio, catalogado como un verdadero desastre demográfico, fue la masiva disminución de la población entre el 95 y el 96 por ciento en 130 años y la extinción de la población del Caribe en menos de 50 años (Cambridge; 1992). Más tarde, esclavos africanos y “coolis” asiáticos, aportaron su cuota de color para dar forma al carácter multicultural que presentan los pueblos americanos.

⁹ Organización Panamericana de la Salud. Reforma del Sector Salud, “Acceso equitativo de los servicios básicos de salud: Hacia una Agenda Regional para la Reforma del Sector Salud”. Washington, D.C., 1995.

¹⁰ Yáñez del Pozo, J. “Sinchi Rurani cani (Soy un hombre fuerte): Filosofía de un vendedor indígena en Estados Unidos”. En. Nagy-Zegmi S., ed. Pensamiento Neoindigenista Andino: Identidades en transformación. Quito, Abya-Yala, 1997.

Cuatro años más tarde, es decir en 1997, en el marco del XL Consejo Directivo de la OPS, se reconocía “el cúmulo de pruebas que no cesa de aumentar sobre las inequidades en el estado de salud y en el acceso a los servicios sanitarios básicos para los aproximadamente 43 millones de indígenas de la Región de las Américas¹¹. Sin embargo, “varios países han adoptado la postura de que no tienen pueblos indígenas, o que todos sus ciudadanos tienen acceso a los servicios de salud; argumentan que no hay necesidad de dirigir su atención a un grupo étnico específico. Pocos países recopilan y analizan habitualmente las estadísticas vitales o de servicios por pueblo étnico, por lo que ha sido difícil obtener buenos datos de referencia de los países y evaluar adecuadamente la situación de salud y las condiciones de vida de los pueblos de la Región. Las medidas futuras se encauzarán hacia la promoción de la desagregación de los datos básicos por etnia, con el objeto de detectar y vigilar las desigualdades en el estado de salud y el acceso a los servicios sanitarios”¹².

La incorporación del enfoque Intercultural

En el marco de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas, la Organización Panamericana de la Salud promueve a partir de 1998 el establecimiento de un modelo cuyo eje transversal sea el enfoque intercultural en la organización y provisión de servicios de salud integrales y culturalmente apropiados, en reemplazo del modelo de gestión centralizado que se caracteriza por la deficiente integración de la sociedad civil en la toma de decisiones y que trae como consecuencia la inequidad en salud, en todas sus formas y dimensiones. Enfoque que para ser efectivo debe abarcar también, en el marco de las reformas del Estado y particularmente en los procesos de reforma del sector salud, la formación de los recursos humanos para la salud. Todo ello, partiendo del reconocimiento de la diversidad étnica y cultural de los pueblos de América

El modelo propuesto debe responder a los siguientes principios: 1] La atención de la salud debe ser integral; 2] La participación social debe ser garantizada; 3] La revitalización cultural debe ser promovida; 4] Las acciones deben responder al principio de reciprocidad; 5] La equidad en la atención en salud debe ser primordial y 6] El acceso de los grupos desprotegidos debe ser preferencial.

Para este efecto se han propuesto las siguientes estrategias como guías del modelo de atención: 1] Equidad; 2] Participación Social; 3] Calidad; 4] Eficiencia y 5] Sostenibilidad.

En otras palabras, en este universo dinámico, el cambio de paradigma propuesto, de una visión biomédica a otra generada a través del respeto hacia la diferencia, implica una reconceptualización de las prácticas de “los otros” y el reencuentro de dos o más visiones sobre las posibles soluciones a los problemas de

¹¹ Organización Panamericana de la Salud. Resolución VI – CD40.R6 “Salud de los Pueblos Indígenas”. XL Reunión. 1997.

¹² Organización Panamericana de la Salud. Iniciativa de los Pueblos Indígenas. Informe del Progreso. Serie Salud de los Pueblos Indígenas N° 8. Washington, D.C., 1998.

salud que partes de marcos contextuales distintos. Es decir, un nuevo paradigma que involucra las interrelaciones equitativas de las diferencias 1] políticas, 2] económicas, 3] sociales, 4] culturales, 5] etáreas, 6] lingüísticas, 7] de género y 8] generacionales, establecidas en un espacio determinado entre las diferentes culturas (pueblos, etnias) para construir una sociedad justa. Teniendo como marco una definición de salud integral que toma en cuenta tanto el bienestar individual como colectivo; que en lo individual, incorpora lo físico, mental, espiritual y emocional; en lo colectivo, lo político, económico, cultural, social y espiritual, todo en un contexto de equilibrio ecológico.

Promoción de la Salud

La consecución de los prerrequisitos de la salud supone la aceptación de que muchas de sus causas están ligadas a los fenómenos de globalización. El hecho social-cultural y económico más importante en los últimos años ha sido sin duda el impacto tecnológico en el alcance y velocidad de la transmisión de la información, los bienes, los servicios y también de las personas. La salud, como fenómeno ligado a variables sociales se ve notable y rápidamente afectada por estos cambios. Si cada día es más difícil pensar en términos de economía, evolución social y cultural a niveles exclusivamente nacionales, regionales o locales, también es imposible comprender y actuar en salud solo desde dentro de nuestras fronteras. (Bettcher, 1997)

Hoy, miles de personas están afectadas por el SIDA, originada en el centro de África y que se ha extendido por todo el mundo. Paradójicamente, en un mundo cada vez mas expuesto a riesgos globales se debilitan cada vez más los servicios de salud internacional y se recorta el presupuesto de las agencias transnacionales que venían ejerciendo las funciones de salud pública en el ámbito mundial. Las ONGs se ven obligadas a ejercer funciones de salud internacional de manera fraccionada y descoordinada para suplir esta carencia. Este retroceso, de ingenua confianza en la caridad y la filantropía, esta produciendo a nivel mundial respuestas inconexas e ineficientes que no constituyen una manera adecuada de hacer frente a los retos de la salud mundial producidos por los procesos de globalización.

Uno de los fenómenos derivados de la globalización la progresiva monetarización de la economía, esta produciendo una disminución progresiva del porcentaje de PIB que en cada país es gestionado en el sector publico, junto con una erosión notable de la economía informal y daños ya irreversibles en los subsidios no financieros del sistema, es decir, en los recursos naturales y en su equilibrio ecológico.

A nivel micro, los cambios imponen una mayor dependencia de los ambientes domésticos e individuos de dinero para cubrir sus necesidades básicas (Henderson, 1992). Cada vez es más difícil obtener bienes y servicios de transacciones informales basadas en los lazos de apoyo mutuo que sustentan las comunidades. Estos fenómenos nuevos, en nuestra historia económica, están teniendo un enorme impacto en nuestro sistema de salud en la medida en que se

debilita y se hace más vulnerable el sistema informal de cuidados, que actualmente atiende a una inmensa mayoría (88% de las necesidades de salud de la población). Mas y más aspectos de nuestra cultura de salud y de la gestión de los procesos de salud-enfermedad pasan desde ámbitos estrictamente domésticos o comunitarios al sector monetarizado, medicalizado y profesional dentro de una estrategia de las corporaciones medicas para aumentar su volumen de mercado, permitida cuando no alentada por las autoridades sanitarias nacionales.

Para los más vulnerables, los procesos de destrucción comunitaria suponen añadir a su ya existente pobreza en recursos financieros la pobreza producida por la erosión progresiva de sus recursos comunitarios y domésticos. En todos los países del mundo, este nuevo fenómeno de los doblemente pobres (pobres en dinero y pobres en comunidad) esta produciendo circunstancias extremas de crisis en los entornos domésticos (algunas desconocidas hasta el momento como el masivo abandono de niños en los asentamientos urbanos) y masivas migraciones hacia los “cordones de miseria” de las grandes ciudades y hacia otros países.

En este contexto, la preservación del medio ambiente, el reforzamiento de las comunidades (y sus tradiciones médicas), la participación social y la revaloración de la persona, constituyen los ejes para el desarrollo de alternativas democráticas de equidad y solidaridad en este mundo globalizado

A partir de la década del 60, se hizo evidente que el patrón de enfermar de los países desarrollados, había sufrido un notable cambio, antes no notado. Los problemas de salud no aparecían ligados a la acción de agentes biológicos, sino a determinadas pautas de conducta dando lugar a la aparición de la denominada epidemiología de enfermedades crónicas, que pretende y consigue asociar conductas individuales con enfermedades como el cáncer o las enfermedades cardiovasculares, produciéndose un volumen importante de conocimiento que vincula determinadas dietas con exceso calórico y de grasa animal, el consumo de cigarrillos y alcohol y el sedentario con las causas de muerte más importantes.

Dada la incapacidad de la medicina clínica para curar de manera efectiva dichas enfermedades y sustentada en la rica tradición educativa de la Salud Publica, se desarrolla el programa de Educación Sanitaria y más tarde, en la década de los setenta, el de Educación para la Salud, bajo la expectativa de éxito en la aparentemente fácil tarea de cambiar las conductas facilitando información; hecho éste que pronto fracasó por cuanto las conductas no cambian con la frecuencia y velocidad necesarios. Se había trasladado a los individuos, de esta manera, la responsabilidad de sus propias enfermedades.

Durante los años 80, especialmente en Europa y Canadá, se empieza a gestar una nueva alternativa, sobre la base del Informe Lalonde¹³: el reconocimiento de la

¹³ Marc Lalonde. A New Perspective on the Health of Canadians. A working document (1974). Ottawa, Minister of Supply and Services Canada, 1981.

importancia de las políticas en la salud y de su incorporación a la intervención en Salud Pública bajo el concepto de “políticas públicas saludables”.

La idea central contenida en el concepto de políticas públicas saludables es el de la intencionalidad. Toda política pública, pueden producir efectos colaterales no intencionados, es decir, que una política pública aparentemente alejada del de los objetivos de salud, pueden tener efectos negativos o positivos en ella; por lo que, deberá entenderse por política pública saludable aquella que deliberadamente trata de obtener beneficios en salud.

Un ejemplo, clásico y paradigmático de lo afirmado lo constituye la política de desregulación del sector alimentario y ganadero llevado a cabo en el Reino Unido a comienzos de la década de los 80, que dio lugar a la fabricación de piensos suplementados con despojos animales originando el conocido problema de vacas locas que se tradujo en la transmisión – a través de la carne infectada- de la encefalopatía bovina a humanos como enfermedad de Creutzfeld-Jakob.

La idea y el concepto actual de promoción de la salud como “los procesos que favorecen el control de los individuos y grupos de las variables que condicionan su propia salud“, surge de Ottawa en 1986. La Carta de Ottawa¹⁴ supone, además del nacimiento de la promoción de la salud en un sentido amplio, el inicio de un nuevo estilo de trabajo en Salud Pública que supera los problemas en décadas anteriores. La Carta declara que “las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad. Cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en estos prerequisites”. La participación activa en la Promoción de la Salud implica: 1] la elaboración de una política pública sana, es decir, que “la salud ha de formar parte del orden del día de los responsables de la elaboración de los programas políticos, en todos los sectores y a todos los niveles, con objeto de hacerles tomar conciencia de las consecuencias que sus decisiones pueden tener para la salud y llevarles a asumir la responsabilidad que tienen en este respecto; 2] la creación de entornos favorables, que pasa por “la necesidad de fomentar el apoyo recíproco, de protegernos los unos a los otros, así como nuestras comunidades y nuestro medio natural” poniendo “de relieve que la conservación de los recursos naturales en todo el mundo es una responsabilidad mundial”; 3] el reforzamiento de la acción comunitaria, por cuanto “la promoción de la salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de las prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. La fuerza de este proceso proviene del poder real de las comunidades, de la posesión y del control que tengan sobre sus propios empeños y destinos”; 4] el desarrollo de aptitudes personales, proporcionando “información, educación sanitaria y perfeccionamiento de aptitudes indispensables para la vida”; 5] la reorientación de los servicios sanitarios, Los que “deben tomar una nueva orientación que sea sensible a las necesidades culturales de los individuos y las respete, favoreciendo “la necesidad por parte de las

¹⁴ Ottawa Charter for Health Promotion. Ottawa, Canadian Public Health Association, 1986.

comunidades de una vida más sana y crear vías de comunicación entre el sector sanitario y los sectores sociales, políticos y económicos” y haciendo que los servicios sanitarios “giren en torno de las necesidades del individuo como un todo”.

Posteriormente, nuevos eventos internacionales aportarán nuevas áreas de acción a las surgidas de Ottawa: La Conferencia de Adelaide¹⁵, planteó 4 áreas de políticas a ser recomendadas a los estados: apoyo a la salud de las mujeres; acceso de las personas a la alimentación y nutrición saludables; reducción del cultivo del tabaco y la producción, comercialización y consumo de alcohol; creación de ambientes de apoyo. La Conferencia de Sundsvall¹⁶, identificó 4 líneas de estrategias básicas de acción: fortalecimiento de la defensa de la salud mediante la participación comunitaria; permitir que las comunidades y los individuos tomen control de su salud y del medio ambiente mediante la educación y el empoderamiento; formación de alianzas para la salud; actuar como mediador de intereses opuestos en la sociedad para asegurar el acceso equitativo a los ambientes de apoyo para la salud. La Declaración de Bogotá¹⁷, estableció los siguientes compromisos: impulsar el concepto de salud condicionada por factores políticos, económicos, sociales, culturales, ambientales, conductuales y biológicos, y la promoción de la salud como estrategia para modificar estos factores condicionantes; convocar a las fuerzas sociales; incentivar políticas públicas que garanticen la equidad; afirmar mecanismos de concertación y negociación; estimular el diálogo de saberes diversos, estimular la investigación. La Carta del Caribe para la Promoción de la Salud¹⁸, reafirmó la equidad como la consideración central para la decisión en salud. La Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI¹⁹, puso de manifiesto la necesidad de promover la responsabilidad social por la salud, aumentar las inversiones en el desarrollo de la salud, consolidar y ampliar las alianzas estratégicas en pro de la salud, ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo y consolidar la infraestructura necesaria para la promoción de la salud. Finalmente, la Declaración Ministerial de México para la Promoción de la Salud²⁰, identificó las siguientes acciones: situar la promoción de la salud como prioridad fundamental en las políticas y programas de salud locales, regionales, nacionales e internacionales; ejercer el papel de liderazgo para asegurar la participación activa de todos los sectores y de la sociedad civil; apoyar la preparación de planes de acción de ámbito nacional para la promoción de la salud; establecer o fortalecer redes nacionales e internacionales que promuevan la salud; propugnar que los organismos de las Naciones Unidas se responsabilicen de los efectos en la salud de sus programas de desarrollo.

Finalmente, a lo largo del proceso comentado, se han definido como enfoques fundamentales de la Promoción de la Salud, la igualdad de oportunidades hombre – mujer, la equidad en salud, la interculturalidad en salud y la provisión de

¹⁵ 2nd International Conference on Health Promotion, Adelaide South Australia, 5-9 April 1988.

¹⁶ Third International Conference on Health Promotion, Sundsvall, Suecia. June 1991.

¹⁷ Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Santa Fe de Bogotá, Noviembre de 1992. Colombia.

¹⁸ Primera Conferencia de Promoción de la Salud del Caribe. Puerto España, Trinidad y Tobago, 1 al 4 de junio de 1993.

¹⁹ Cuarta Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Julio 21-25, 1997. Yakarta, República de Indonesia.

²⁰ Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Promoción de la salud: hacia una mayor equidad. Ciudad de México, 5 de Junio de 2000.

servicios por ciclos de vida. Las dos primeras, contenidas en la tercera; y la cuarta, como parte de los procesos de reforma del sector salud.

IV. LA PARADOJA FINAL

La organización y provisión de servicios sanitarios bajo el paradigma unicultural de occidente, convirtió a la medicina occidental y a la racionalidad en la que se basa, en la única respuesta posible para enfrentar el complejo salud-enfermedad. Esto, relegó a los sistemas médicos tradicionales y a las racionalidades en las que se sustentan a la clandestinidad y la ilegalidad.

Producida la crisis del paradigma unicultural de occidente, todos los ensayos destinados a lograr “una salud para todos” en términos de equidad, han obligado a la búsqueda de nuevas estrategias y estas nuevas estrategias han sido halladas en los viejos sistemas ayer condenados. La necesidad de entender al hombre en su carácter pluridimensional, y la necesidad de entender a la salud como resultado de una compleja interrelación de factores o determinantes que abarcan la totalidad de actividades humanas, ha devuelto la mirada a las culturas cuya “inferioridad” sirvió de base a los colonialismos de ayer y hoy. Resultado de ello, Occidente se halla empeñado en recordar viejos saberes que hace quinientos años nos enseñó a olvidar.

Sin embargo, y pese a los avances que se han dado en relación al reconocimiento de las limitaciones del paradigma occidental, y de los esfuerzos para implementar nuevas o renovadas estrategias, a veces, tenemos la impresión que nada ha cambiado. El modelo no funciona, tampoco las rectificaciones que se han puesto en marcha. La sensación final termina convenciéndonos que nada cambiará mientras no pongamos al “sujeto” –en la teoría y en la práctica- en el corazón del proceso de la salud/enfermedad.

Artículo escrito para:

Runamanta N° __, 2004. Revista del Departamento Académico de Historia, Arqueología y Antropología de la Universidad Nacional Federico Villarreal.