

LINEAMIENTOS SOBRE SALUD PÚBLICA PARA POBLACIONES INDÍGENAS

JORGE MIRANDA *

PRESENTACIÓN

Congruentes con el Plan Quinquenal de Acción Indigenista, se presentan líneas abajo algunas consideraciones que conceptúan y sugieren planteamientos y estrategias de acción en el campo de la Salud Pública, para llevarse a cabo entre la población indígena.

El conocimiento que se tiene de la salud en tales poblaciones, se ubica en un marco inconsistente y en ocasiones contradictorio, del que sólo es posible emerger con una enérgica y vigorosa postura para asimilar primero y comprometerse después abordando, integral y realísticamente el adverso ámbito físico y social que por muchos años ha cercado a los grupos indígenas, causándoles padecimientos propios del subdesarrollo y la pobreza.

La documentación sobre el asunto resulta por todos conceptos reveladora de la situación. Así se nota, por ejemplo, en los esfuerzos dirigidos a conocer la cultura de salud, la cual muestra una notable parcialización en su enfoque epistemológico, pues se preocupa por los efectos biológicos de la enfermedad o por los sociales, rara vez por ambos. Su perspectiva, por ende, es monodisciplinaria, ocasionalmente interdisciplinaria. Esto ha traído que se conozca la frecuencia o prevalencia de tal o cual enfermedad y poco o nada de sus factores causales.

Por otra parte, los estudios se han orientado en forma fragmentaria —creencias, hábitos, costumbres, mecanismos terapéuticos— y en términos sincrónicos, no en for-

ma total de acuerdo a la estructura socio-cultural y en términos diacrónicos.

Se nota también una marcada distancia entre los trabajos de tipo cognoscitivo respecto de los de acción aplicada, y cuando éstos se presentan, suelen encaminarse más por los aspectos curativos que por los preventivos.

En lo que respecta a procedimientos, la metodología se utiliza para el descubrimiento etnográfico y poco para el análisis etnológico; se prefieren los manejos descriptivos a los explicativos; la observación por la transformación. El trabajo se enfoca como fruto de acciones individuales y escasamente como trabajo en equipo.

Paralelamente se sabe de la ausencia de políticas de salud en algunos países, formuladas específicamente para encauzar las acciones en medio indígena; de escasez cuantitativa sobre morbilidad y mortalidad; organismos carentes de los recursos necesarios; tendencia impositiva de los programas vs. los espontáneos; la búsqueda de resultados inmediatos vs. los mediatos; el mantenimiento del *statu quo* vs. el cambio.

Ahora bien, si quisiéramos tener un indicador fidedigno y veraz del grado de desarrollo alcanzado por un país, sin temor a equivocarnos lo tendríamos en la situación de salud que presenta, que no es otra cosa que la resultante del desenvolvimiento de los órdenes políticos, económicos, sociales y culturales que en armónico dinamismo tienen las premisas que hacen posible el equilibrio entre las necesidades y los satisfactores.

Por ello resulta insostenible hoy día decir que el fondo para resolver el problema de salud indígena radica en la imposibili-

* Antropólogo de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

dad para modificar concepciones impregnadas de espíritu, saturadas de interpretaciones mágico-religiosas, proclives al conservatismo de sus mitos, supersticiones y creencias que mantienen con secular arraigo pasando de generación en generación.

Por el contrario, se trata de ampliar el enfoque y ver con honestidad el fracaso de los aparatos estatales que no han sabido o no han querido afrontar la situación ofreciendo alternativas viables a sectores poblacionales condenados secularmente a la insalubridad, la miseria y el hambre.

Por su parte, el intelectualismo o pseudo-intelectualismo depositado en los llamados "agentes de desarrollo y cambio social", carentes de actitudes solidarias, han aceptado su complicidad con el sistema, haciéndose igualmente responsables. Su interés los ha llevado por la sola motivación para incrementar el curriculum obtenido gracias al rescate de tradiciones y costumbres. En casi nada se comprometen para actuar contra lo adverso del ambiente.

En el mejor de los casos han usado la demagogia, el paternalismo y la domesticación; la reiterada postulación del "deben hacer", sin ofrecer los medios para la implementación; del pedir sin dar; o del actuar sin saber. El indígena por su parte, necesariamente ha tenido que fortalecer sus estructuras culturales más como un mecanismo de protección que de cohesión.

El deber de los gobiernos y de sus técnicos está, a corto plazo, en revalorar los conocimientos adquiridos y las experiencias alcanzadas. Replantear metas y comprometerse a las auténticas transformaciones que eviten la arbitraria "manipulación del indígena" y su enajenación con la inoperancia de los sistemas; pero sin un afán de competir, sino de compartir, desterrando de una vez y para siempre la cosificación u objetivación de unos por los otros. Renovemos la confianza en cada uno de nosotros y actuemos decididos conforme a una nueva vocación que busca servir aprovechando lo existente, descubriendo lo faltante.

En los apartados que siguen, se ofrece en primer término una panorámica sobre los valores de la cultura indígena referidos al proceso salud-enfermedad; en seguida

aparece contrastado el mismo proceso en el marco de la medicina científica. A continuación se presentan los fundamentos teóricos y operaciones de Salud Pública. Viene después la formulación de los objetivos, para terminar con las acciones que se recomiendan para alcanzarlos. La estructura consiste entonces en: a) ponderar lo que se sabe, b) definir lo que se quiere y c) proponer lo que se debe.

MARCO DE REFERENCIA

Antecedentes teóricos

El interés por el conocimiento de la medicina tradicional —llamada también empírica o indígena— ha sido vieja preocupación por los estudiosos de las ciencias sociales. De éstas, la Antropología, la Historia y la Sociología son las que más han aportado para desentrañar los remotos orígenes de creencias y prácticas, de sus mecanismos de mantenimiento y cambio y de los procesos de aculturación surgidos del contacto y la difusión con la medicina científica.

Las experiencias acumuladas por nacionales y extranjeros han creado un substrato a punto tal, que se habla en el momento de verdaderas especialidades como la Antropología Médica, la Sociomedicina o la Etnomedicina.

Con fina disección se han tocado temas de los más variados tópicos: el mundo sobrenatural, dioses, espíritus, santos, que interpretados por los agentes nativos han servido para explicar las causales en la producción de varias de las enfermedades. De ello se cuenta con un importante cúmulo de conocimientos descriptivos que nos hablan de creencias y de los consecuentes hábitos y costumbres que imponen. El conocimiento del cuerpo, los conceptos sobre lo frío y lo caliente; la debilidad y la fortaleza, el miedo, la envidia como estados psíquicos; la pérdida del alma, el espanto, el mal de ojo, el aire.

También se ha informado sobre los siguientes puntos: los procedimientos diagnósticos y el uso de complejas parafarmacias, las técnicas curativas a base de rezos, limpias con animales, vegetales o minerales; los procesos de cambio cultural en medicina para investigar los sincretismos mágico-

religiosos, así como, las enfermedades y la acción ceremonial; las interpretaciones cosmológicas, mitos, simbología y rituales. Por último, la influencia de las tomas de decisión en el proceso de cambio que experimenta la medicina tradicional (Aguirre, 1977).

Más aún, el análisis sobre la concepción del mundo en sus relaciones con la estructura social, política y religiosa; el mantenimiento del orden social por los medios tradicionales, su rol ante los procesos de cambio; la función de la medicina como mecanismo de ajuste de los conflictos sociales.

Contamos, asimismo, con conocimiento sobre el comportamiento indígena frente a los procesos aculturativos; el alcoholismo, la drogadicción, la desnutrición y el valor y efecto de algunas plantas medicinales.

Todos estos estudios de carácter teórico, muestran haber sido realizados conforme al interés de cada científico o las instituciones, dando como balance un acervo cuantitativamente importante pero sin duda parcial; se conoce parte del comportamiento de salud de algunos grupos étnicos, nada de otros. No existen a la fecha las suficientes investigaciones que permitan reconstruir regionalmente un cuadro de salud con los diversos grupos contenidos en ella.

En cuanto al panorama de los estudios de acciones aplicadas, nos encontramos temas como: efecto de los programas de ayuda técnica para la innovación de ideas y prácticas de la medicina moderna; impacto de los programas de salud en el desarrollo de la comunidad; normas para poner en práctica programas de salud en situaciones interculturales; los resultados del trabajo de médicos y científicos sociales cuando intervienen en la vida de los grupos indígenas; tradicionalismo y modernización en aspectos de salud, factores que limitan u obstaculizan la aceptación de la medicina científica, etc.

Sin menospreciar el valor de tales aportes que permiten estructurar cursos de adiestramiento, guías, manuales; es de notarse que están desvinculados de las investigaciones teóricas antes señaladas, en consecuencia, el estudio de los problemas de salud y sus causas no va acompañado de sus solu-

ciones. Una vez más, la teoría se encuentra divorciada de la práctica; se sabe más, se hace menos.

Según se habrá advertido, el estudio de tal o cual aspecto de salud, hace notar la gran complejidad y heterogeneidad que se presenta entre las poblaciones indígenas. Por esta razón, nos vemos obligados aunque sea en forma general, a establecer las constantes culturales en salud antes que las diferencias, so pena de no poder formular un marco teórico mínimo que posibilite y dé sentido a la planeación.

Partimos del hecho de aceptar que existen regularidades en los procesos culturales, que de ser conocidos, pueden facilitar la determinación de aquellos factores que favorecen y de aquellos que inhiben la introducción y aceptación de nuevos conceptos y técnicas.

Medicina tradicional

La salud, en la medicina tradicional, es el bienestar físico y psíquico que significa la armonía del individuo con sus normas religiosas, con sus costumbres tradicionales y con los miembros de su comunidad. Es también un premio a sus cualidades morales, a su energía en la observancia de los principios que siguen en el grupo y al respeto a sus mayores y autoridades (Adams, 1952; Morales, 1955; Rubel, 1969).

Cuando esta armonía se rompe por la violación de estos principios de conservación del grupo, se produce en el individuo, cualquiera que éste sea, un trastorno físico y una ansiedad que se traduce en enfermedad.

Otra interpretación común que se encuentra sobre la salud refiere: "la salud suele ser el resultado de la adecuada proporción en la sangre de los cuatro humores: sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra. El equilibrio se mantiene por una balanceada distribución en el cuerpo de estos cuatro elementos; cada uno de los cuales se caracteriza por cualidades de calor, frío, humedad y sequedad". (Foster, 1967).

La enfermedad también puede ser el producto de maleficios causados por gentes dotadas de poderes sobrenaturales. En esta situación, la causalidad de la enfermedad es mágica; por tanto, igual categoría tendrá que regir la restauración de la salud.

Las envidias, rencores — originan disputas— y, por supuesto, el empleo de brujos para causar maleficio con la producción consiguiente de enfermedad. En este caso se recurre a la ayuda de otro brujo para que contrarreste los efectos del maleficio.

Por su parte, la educación de tipo informal y el aprendizaje de los curanderos, o cualquier otro especialista, se basa en la experiencia empírica y mística; consideran que sus conocimientos derivan unos de la revelación por ser brujos y poseer un poder sobrenatural que les da sanidad o maleficio; y otros, de hechos que se repiten constantemente de la naturaleza.

Por sus creencias en la personalidad humana dual, cuerpo y espíritu, establecen dos entidades nosológicas bien determinadas, a saber: a) enfermedades naturales o del cuerpo, y b) enfermedades preternaturales o del espíritu.

Entre las enfermedades naturales quedan agrupados los traumatismos, fracturas y mordeduras de animales ponzoñosos.

Para el curandero, lo místico emotivo es el factor primordial en la causalidad de las enfermedades, de aquí que se establezca la subdivisión de las enfermedades naturales en: 1) enfermedades de origen empírico y 2) enfermedades de origen psíquico.

En el primer caso se encuentran los "aires", el dolor de cabeza, y, en los grupos más aculturados, se incluyen la sarna, disenterías, tos ferina, parasitosis, paludismo y otras. Toda enfermedad puede ser clasificada como empírica en tanto sea lógicamente consistente, verificable y comprensible con referencia al cuerpo de conocimientos al alcance de la medicina indígena.

En el segundo caso se encuentran las enfermedades a consecuencia de una emoción intensa.

La medicina psicosomática ha demostrado la importancia de la emotividad en la producción de signos, síntomas y síndromes de apariencia puramente orgánica. La medicina tradicional, aunque basada en los principios de la experiencia mística, pero siguiendo un encadenamiento lógico, llega a conclusiones semejantes.

Las leyes, costumbres y normas que rigen la cohesión del grupo, son consideradas como inviolables. El castigo a la des-

obediencia a estas normas de conducta se deja en manos de los sobrenaturales que responden provocando enfermedad y miseria al transgresor.

Otras enfermedades se fundan en el acto de "echar daño", esto es, en la magia. Consiste de, o emplea, elementos que residen fuera del cuerpo de conocimientos empíricos y no verificables ni comprensibles en términos del dominio empírico.

Finalmente, existen las enfermedades que se originan por la intrusión de un cuerpo extraño dentro del organismo, el espíritu de la enfermedad, que se materializa en piedras, espinas, gusanos, y otros. (Morales, *Op. cit.*)

Cuando se ha creado la expectación hacia determinado acontecimiento, cualquier síntoma presente o futuro se interpreta como una manifestación de enfermedad, esto es, se espera que el indígena sufra la "pérdida del alma", por lo que cualquier síntoma que aparezca, constituirá su demostración evidente.

Cuando no hay expectación establecida, el curandero recurre a la posesión mística que lo eleva al plano de lo sobrenatural por medio de la "pulseada", con lo que conoce no sólo la causa sino también al grupo autor del maleficio. (Wisdom, 1952).

La subsistencia del proceso salud-enfermedad, así revelado por las categorías de causa efecto, ha provocado que en torno a ellas se haya desarrollado la terapéutica más caprichosa, con la consiguiente formación de especialistas, pero siempre reafirmando el sentido cultural cuando utilizan elementos, ritos y parafernalias que simbólicamente están relacionados con los componentes vernáculos. (Bonila, 1953).

Las acciones curativas en la medicina tradicional se llevan a cabo, por lo general, en la casa del enfermo o en la del brujo o curandero. La atención es estrictamente individual y se guía indistintamente en las acciones preventivas y curativas.

Dada su unidad, las respuestas ante la salud y la enfermedad suelen afectar la estructura cultural. El equipo humano representado principalmente por los especialistas interviene en los asuntos cotidianos de la comunidad, contribuyen con ello a la integración social.

El modelo de la medicina tradicional con estas características muestra un marcado énfasis en los valores, ideas y prácticas sancionadas por el grupo; dejan en un segundo plano la interpretación de factores económicos, saneamiento, nutrición y vivienda que en otra concepción estarían en estrecha relación, actúan como factores condicionantes de la salud y la enfermedad.

Medicina científica

En lo referente a la medicina moderna o científica, la base cognoscitiva emerge de conceptos, fruto de la experimentación sobre la causalidad de las enfermedades. Concibe a la salud como el resultado del equilibrio del hombre con su ambiente (físico y social). El desequilibrio en cualquiera de estas esferas produce la enfermedad. (Miranda, 1977).

Clasifica las enfermedades conforme a la interacción de tres componentes: agente, huésped y ambiente. También de acuerdo a dos grandes grupos, enfermedades transmisibles y no transmisibles. Para la atención médica la medicina científica utiliza desde la visita domiciliaria, la clínica o centro de salud, hasta las unidades hospitalarias equipadas con alta tecnología.

Las acciones se dirigen tanto a los individuos como a las colectividades, existen profesionales que actúan en la medicina general y la especializada, y diversos cuerpos técnicos y auxiliares que incluyen eventualmente personal paramédico. No participan en todos los casos de la rutina diaria de los enfermos por provenir de grupos y estratos socioculturales diversos.

La medicina científica actúa en la prevención, restauración y rehabilitación de la salud para mantener el equilibrio biopsicosocial del individuo con su ambiente.

Contrario al modelo de la medicina tradicional, la medicina científica pone énfasis en el valor multicausal de los aspectos económico-sociales como productores de la enfermedad, más que los meramente biológicos o culturales.

Salud pública

La Salud Pública está encaminada a fo-

mentar la salud de las colectividades, prevenir las enfermedades y contribuir al bienestar social. Para alcanzar este objetivo, se convierte en una especie de "coordinador", entre las ciencias naturales y sociales, de tal suerte que su contenido, manejo y aplicación se derivan de la interdisciplina para entender y promover en forma integral la manifestación humana. (Aizemberg, 1968).

En otro sentido, se entiende como "doctrina de trabajo", un modo de ver las acciones que busca la productividad y el desarrollo mediante el esfuerzo organizado y participación de la comunidad por medio de la investigación, "diagnóstico" y la administración (planeación). Se detectan problemas, se formulan soluciones para evitar la influencia de los factores negativos que inciden en el proceso salud-enfermedad tanto en el individuo como en la familia y la comunidad.

Hace hincapié en las medidas preventivas a diverso nivel:

1. Prevención primaria que incluye: a) promoción de la salud por medio de las siguientes medidas: educación para la salud, saneamiento, nutrición, organización y desarrollo de la comunidad; b) protección específica por medio de inmunizaciones, higiene personal y protección contra los riesgos al trabajo.
2. Prevención secundaria que se realiza a través de un diagnóstico temprano y un tratamiento oportuno referente; a) prevenir la diseminación de las enfermedades transmisibles, b) curar o detener el proceso patógeno para evitar complicaciones o secuelas, y c) prevenir la incapacidad prolongada.
3. Prevención terciaria. Se hace de la rehabilitación, cuando el efecto y la invalidez han sido detenidos. Trata de devolver al sujeto afectado sus capacidades en el mayor grado posible, con el fin de facilitarle la expresión de sus potencialidades. (Aranda, 1971).

Hasta aquí la presentación teórica de los componentes de las dos medicinas; pero la revisión no sería satisfactoria si no se obtuvieran algunas reflexiones.

Antes que todo, este análisis clasifica un

hecho que conoce todo aquel que ha estudiado la medicina indígena en Latinoamérica; a saber, que hay una dicotomía claramente marcada entre dos categorías de enfermedad.

En la conciencia del indígena estas categorías son conceptualizadas como: 1) las que pueden ser tratadas con remedios caseros incluyendo a los agentes tradicionales, y 2) aquellos que responden más efectivamente a los remedios del médico.

Cada tipo de enfermedad tiene su propio dominio, por lo tanto los remedios para unas, suelen ser inefectivos para las otras. Cada una tiene establecida su conformidad, integración y cohesión de grupo.

Se desprende también que ambas medicinas adquieren una interpretación de mayor espectro en tanto se las relacione con el universo social al que sirven. Los elementos de la cultura de la salud tradicional y moderna forman parte integral de la vida social en la que actúan.

Cabe señalar en base a las ideas precedentes, que la influencia de la medicina científica no ha modificado en forma importante las conductas de salud tradicionales, pues guardan más que una posición antagónica de exclusión, una relación dialéctica de coexistencia de dos contextos en contacto, condicionados por la realidad social y determinados por un sistema socioeconómico.

Antecedentes prácticos

El conjunto de orientaciones contenidas en las actas finales de los seis Congresos Indigenistas, constituye el cuerpo normativo del cual se ha partido para desarrollar las labores promocionales en favor de la población indígena, por gestión de los gobiernos nacionales y diversas asociaciones privadas y confesionales. Todos los programas se circunscriben en la esfera del llamado desarrollo de la comunidad. Establecen, por así decirlo, las metas oficiales del indigenismo, ante las cuales los países han acatado como propias trabajando con singular esmero, a fin de lograr la participación, la integración y el desarrollo de cerca de treinta millones de indígenas. (Marroquín, 1977).

Las preocupaciones resolutivas tratan en

su esquema de formulación un emprendimiento integral, que incluye la política, promociones sociales, adiestramiento, derecho indígena, problema agrario, salud pública, asistencia social, economía, educación e investigación. Por razones diversas —escasez de recursos, falta de personal capacitado, priorización de determinados problemas en detrimento de otros— los países hacen lo que pueden y no lo que deben.

Metodológicamente, la programación casi siempre se hace en forma vertical, no surge conjuntamente con las bases.

Las acciones adolecen de coordinación interinstitucional, los esfuerzos pronto se ven neutralizados, generan frustración y desconfianza porque no se prevén, se continúan, se evalúan ni toman en cuenta al destinatario.

Fundamentos

Partiendo de la base de que las tareas de la Salud Pública se dirigen al diagnóstico de los problemas colectivos de salud para formular programas actividades tendientes a solucionarlos, interesa formular los principios que hagan factible la consecución de las metas.

1. Política.

Por su naturaleza el estado es promotor del desarrollo integral del país, y en tal virtud, a él incumbe satisfacer las necesidades de la población, velar por su bienestar y llevarla a metas de constante superación. Las políticas actúan con el carácter de postulados fundamentales llamados a constituirse en los pivotes sobre los que gira la maquinaria administrativa de la Salud Pública en cada país. Así, se deberá:

a) Sistematizar la planeación.

Las políticas de salud de los gobiernos tendrán que sistematizar la planeación y programación de las actividades en forma tal, que se tome en cuenta a la población indígena.

Con el objeto de adecuarlas a las condiciones actuales que requiere participen las comisiones nacionales, instituciones de acción indigenista y organizaciones indígenas para formularlas. Se favorecerá la existencia de ór-

ganos de planeación y evaluación sobre Salud Pública Indígena, tomándose las medidas que tiendan a otorgar autosuficiencia técnica a las unidades intermedias y aplicativas.

- b) Mejorar los sistemas de información estadística de salud indígena.

Los gobiernos dotarán a los órganos aplicativos de los recursos correspondientes y harán que las oficinas técnicas dicten normas para la creación y funcionamiento de unidades de estadística, registro y archivo clínico.

- c) Incrementar la coordinación de los servicios preventivos y asistenciales de las Secretarías o Ministerios de Salud en el Continente.

Con el fin de evitar el desperdicio de esfuerzos que traen consigo las acciones dispersas en los programas de Salud Pública, hay que fortalecer la coordinación.

Prevención y asistencia como partes de un todo no pueden separarse, tampoco es admisible que transcurran independientes las acciones de los distintos sectores que a su vez integran cada una de ellas.

- d) Elevar la eficiencia de los servicios aplicativos que operan en medio indígena mediante técnicas modernas de administración, con el fin de imprimirles el dinamismo y fluidez requeridos.
- e) Crear nuevos servicios para la comunidad indígena.

Extender en la medida de las conquistas de confianza y logros de la medicina científica, los servicios para amparar gradualmente hasta cubrir la totalidad de la población indígena.

En esta forma, se podrán ofrecer los servicios sanitarios asistenciales a estos grupos cuyas condiciones de marginados los ponen en situación menos favorable debido a su aislamiento físico y social.

- f) Impulsar nuevos programas preventivos.

Sobre la valoración de los programas existentes, para medir su efica-

cia y en su caso continuidad, proponer los nuevos.

- g) Incrementar la participación de las comunidades indígenas en los programas de salud.
- h) Apoyar la investigación de la medicina tradicional y moderna.

Con profunda sistematización conocer sus ideas y prácticas, los procesos aculturativos y sus tendencias. Sólo así, las acciones podrán impregnarse de realismo.

- i) Lograr la colaboración entre las dos medicinas.

2. Programas.

- a) Presentar proyectos completos, en los que se consideren tiempos y costos, metas y mecanismos de evaluación.
- b) Ofrecer asesoramiento a través de los órganos centrales en todos los campos, formular estrategias de acción específica, discutir y aprobar en su caso los proyectos respectivos siempre con la participación de los destinatarios.
- c) Tratar de eliminar las causas de la enfermedad y no de sus meros efectos.
- d) Tender a ser integrales en sus enfoques, simultáneos en sus acciones y sostenidos en el tiempo, para evitar caer en mantener la situación y no transformarla.
- e) Poner énfasis en las acciones preventivas más que en las curativas.
- f) Formular los programas por objetivos. Contemplar en cada caso la consecución y evaluación de metas secuenciales o simultáneas.
- g) Buscar en los programas captar la mayor población posible sin que por ello dejen de tener profundidad.
- h) Introducir programas que sigan el ritmo que determinen los grupos a quienes se aplica. Así podrán tener permanencia y generarán la experiencia que se requiere para reproducirlos en otras comunidades.
- i) Articular dentro de los programas todo proceso de investigación encami-

nado a conocer problemas o llevar a soluciones prácticas.

- j) Elaborar los programas educativos de adiestramiento tanto para la comunidad como para el personal profesional, técnico o auxiliar, sobre la experiencia y su referencia con los contenidos teóricos.
 - k) Convencer a través de los programas de atención a enfermos acerca de la utilidad y eficacia de la medicina científica. Esto facilita el desarrollo paralelo o posterior de las acciones educativas que por su naturaleza suelen ser abstractas y permite resultados a mediano o largo plazo. (Read, 1968).
3. *Acciones.*
- a) Partir del hecho de no considerar obstáculo insoslayable la concepción de salud indígena, sino estimulante reto para la acción y el compromiso.
 - b) Tender a que las acciones sirvan de unión y realización entre los anhelos del equipo de salud y las necesidades de las comunidades indígenas.
 - c) Motivar a los grupos indígenas hasta que permitan que las acciones surjan de ellos en forma espontánea. Paulatinamente las acciones impositivas cederán terreno en función de las primeras.
 - d) Elaborar un marco previsorio de las dificultades así como de los efectos que se espera surjan en las comunidades.
 - e) Realizar las acciones mediante procedimientos diligentes y novedosos.
 - f) Iniciar con aquellas que permitan ver resultados a corto plazo.
 - g) Evitar hasta donde sea posible las acciones preconcebidas, para dar paso al surgimiento de éstas en la comunidad.
4. *Actividades técnico-profesionales*
- a) Establecer el diálogo acerca de problemas como base metodológica.
 - b) Actuar conforme al principio de ética y honestidad científica.
- c) Conocer para servir y servir conociendo.
 - d) Realizar las actividades mediante el uso de la teoría y las técnicas de dinámica de grupo para alcanzar eficiencia en el proceso. Con ello se podrán tener elementos predictivos sobre la forma en que los beneficiarios reaccionarán frente a los propósitos de ayuda. (Gutiérrez, 1969).
 - e) Actuar como amigos para ganar la confianza del poblador.
 - f) Del sistemático, profundo y objetivo conocimiento de los valores de salud en relación con la cultura total, los agentes de salud de la medicina científica valorarán con los miembros de la comunidad qué debe permanecer, qué debe modificarse y qué incorporarse de las nuevas normas sanitarias. (Montagner, 1977).
 - g) Modificar al médico y al equipo de salud que busca una respuesta fácil, sencilla, barata y rápida ante problemas difíciles, complejos, costosos y que requieren tiempo.
 - h) Trabajar en equipos interdisciplinarios. La comunidad deberá estar representada siempre en ellos. (Martínez, 1973).
 - i) Buscar el trabajo cooperativo con los agentes de la medicina tradicional.
5. *Población indígena*
- a) A través de sus propias organizaciones o mediante la creación de nuevas con fines específicos de desarrollo y salud, las comunidades indígenas deben participar como protagonistas y no como receptores pasivos.
 - b) Serán conscientes de sus derechos y responsabilidades respecto de los atributos individuales y colectivos de su salud.

OBJETIVOS

Derivados del análisis hecho en los antecedentes y fundamentos se formulan a continuación los objetivos de Salud Pública que se pueden alcanzar dentro de los contextos indígenas.

Se encaminan a configurar una sociedad más digna y justa en la que cada uno de sus miembros opta por los senderos que lo liberen de la enfermedad, la ignorancia, el hambre y la desocupación; donde surja un nuevo concepto de salud que sea principio y fin de todos los esfuerzos de los gobiernos, las instituciones, profesionistas y técnicos y en fin, del propio indígena. Conjuntando energías, revalorando y reorientando políticas más reales, programas y acciones más concretas y participaciones libres y altamente comprometidas. ¿Qué tipo de sociedad para qué tipo de hombre?, constituye la preocupación capital. Frente a ella, la respuesta que somete con veracidad como principio, con rigor científico como procedimiento, con honestidad como norma y con sentido humanista toda acción. Ofreciendo los caminos más idóneos para hacer llegar los aportes técnicos y científicos de la medicina moderna. El negarla o hacer mal uso de ella será siempre responsabilidad nuestra, nunca del indígena.

Nos hemos de exigir modificaciones que permitan desplazarnos en el juego de categorías para dinamizar los procesos con efectividad:

De: Ofrecimientos informativos
Tratamiento en los efectos
Enfoques monodisciplinarios
Trabajo individual
Acciones curativas
Respuestas inmediatas
Estudios descriptivos
Beneficio individual
Ver enfermedades
Imposición
Conocimiento.

Considerando que todo objetivo aspira al cambio, el logro o fracaso dependerá en última instancia de los enfoques que se den a las acciones.

Objetivos generales:

Lograr que el indígena aproveche los recursos de salud de la medicina científica.

Modificar ideas y prácticas que actúen en contra de su salud.

Mejorar los aspectos sociales, económicos y culturales que condicionan o determinan

el proceso salud-enfermedad de las comunidades indígenas.

Objetivos específicos:

Conocer en forma integral los factores involucrados en el proceso salud-enfermedad de las comunidades indígenas.

Explicar los factores causales en la doble perspectiva —tradicional y moderna— que actúan como productores de las diversas enfermedades.

Conocer qué tipo de enfermedades son en la concepción indígena mejor tratados por remedios caseros o curanderos.

Determinar los elementos que favorecen o inhiben la introducción de ideas de salud en los grupos étnicos.

Establecer los grados de aculturación alcanzados en salud por los indígenas para medir tradicionalismo y modernización.

Elaborar programas de mediano y largo plazo para solucionar los factores que condicionan los diversos estados patológicos para las diversas áreas indígenas.

Determinar las estrategias que se han de seguir para implementar los programas de atención médica y salud pública.

Hacia: Ofrecimientos formativos
Tratamiento en las causas
Enfoques interdisciplinarios
Trabajo en equipo
Acciones preventivas
Respuestas mediatas
Estudios analíticos
Beneficio colectivo
Ver enfermos
Espontaneidad
Acción.

Detectar las dificultades que presentan actualmente los proyectos de salud en operación a fin de hacer sugerencias para remediarlas.

Capacitar en los territorios cognoscitivo, psicomotor y afectivo al personal de salud para actuar en medio indígena.

Desarrollar actitudes de servicio en el personal para que trabaje en y con los grupos indígenas en el fomento, conservación y recuperación de su salud.

ACCIONES

Las acciones que es factible poner en

práctica se fundan en ciertos principios de carácter teórico-normativo que les dan coherencia y significado. Ellos son:

La salud y la enfermedad están en estrecha relación con los demás factores de la vida social y cultural del grupo. Ambas forman una unidad indisoluble, integrada y funcional; de ahí que la modificación de un hábito o costumbre en la comunidad tendrá que repercutir en la unidad social total. (Aguirre, 1955).

Los indígenas, como cualquier otro grupo social, consideran a la enfermedad y a la salud desde el ángulo de su propia cultura.

Las acciones deben constituirse en un cuerpo sistematizado que se dirige tanto a solucionar problemas existentes como a problemas que pudieran presentarse.

Cualquier programa de Salud Pública debe formar parte de esquemas de desarrollo más amplios, en los que en situación intercultural, sean tratados por igual los aspectos físicos, psíquicos y sociales de la comunidad.

Las acciones para tener significado y permanencia deberán surgir de las bases cuando en contrastada conciencia valorativa, los grupos indígenas acepten las nuevas concepciones y prácticas. Sin embargo, pueden ser emprendidas algunas acciones que vengan desde niveles altos y encuentren resonancia en las primeras. (Adams, 1964).

Los intentos promocionales que se realicen, deben contener un alto grado de participación de las comunidades indígenas. De no ser así, pueden caer en la demagogia que poco o nulo impacto causan en ellas.

El adiestramiento y trabajo de equipo en constante autocrítica, deben manejar en forma científica tanto el conocimiento como la acción.

Tener conciencia de que los ofrecimientos en salud en la situación interactual, de su repercusión y logro son tareas que muestran resultados a plazos mediatos. Por ello la constancia, la disciplina y la motivación suelen ser los ingredientes *sine qua non* que deben tener los equipos de trabajo para alcanzar las metas.

No olvidar que el éxito de un programa de salud no debe medirse por la adecuación técnica de su concepción, sino por el

ajuste que logra en el aspecto social y cultural, medido por la aceptación que le otorga la comunidad en donde opera. (Aguirre, 1955).

1. Investigación; trata de determinar los problemas de salud de los grupos indígenas en términos de su magnitud, trascendencia y vulnerabilidad.

a) Regionalización epidemiológica (búsqueda de efectos).

Determinar cuantitativamente las tasas de morbi-mortalidad en las comunidades indígenas, por causa y grupo étnico durante los últimos cinco años. (Macmahon, 1960).

Cuantificar los recursos institucionales y empíricos.

Obtener datos demográficos sobre: población total indígena por edad y sexo, natalidad, esperanza de vida, patrones de asentamiento y los fenómenos migracionales, así como la densidad.

b) Factores condicionantes (búsqueda causal.*

Análisis de las condiciones geográficas: localización de los grupos indígenas, límites, extensión ocupada, vías y servicios de comunicación, fisiografía, orografía, hidrografía, clima, flora y fauna.

Análisis de las condiciones económicas: fuerzas productivas y relaciones sociales de producción.

Análisis de los aspectos culturales: instituciones y grupos sociales, estratificación, ciclo de vida y rutina diaria, cohesión e integración social.

Análisis del panorama educativo: alfabetismo y analfabetismo, educación formal e informal, arte y esparcimiento.

Análisis del panorama educativo: alfabetismo y analfabetismo, participación, estructuras de liderazgo.

Análisis del panorama de salud específico: creencias y hábitos, saneamiento, nutrición.

Análisis de la cultura como un todo: tendencias y perspectivas de desarrollo y cambio social.

c) Estudios especiales: efectos de los programas de planificación familiar, inmunizaciones, modificaciones dieté-

* Varios autores.

ticas, planes de lactancia, ablactación y destete, morbilidad longitudinal, introducción de nuevos hábitos de salud.

La implementación para realizar las acciones de investigación planteadas, debe partir del reconocimiento por cada país, y del análisis de la literatura existente, para valorar lo que se ha hecho y lo que falta por hacer. En ambos casos tratar de mantener actualizados los conocimientos.

Podrán ser utilizados como apoyo los diversos organismos internacionales —OEA, OPS— para que conjuntamente con el personal nacional se den a la tarea de configurar los problemas de salud y sus causas, de las comunidades indígenas en orden a un sistema de priorización.

Técnicamente y en acopio de tiempo, la utilización de encuestas por muestreo podrán servir para la recopilación de la información que se requiere.

Dado que en todos los países existen centros de formación de personal de salud —desde los niveles profesionales a los técnicos— éstos, mediante adiestramiento podrán ser los encargados de la recopilación e inclusive del análisis.

2. Atención médica

- a) Consulta externa, cirugía, partos, hospitalización y urgencias a población infantil, pre-escolar, escolar y adulta en los centros o unidades de salud.
- b) Atención domiciliaria.
- c) Atención móvil mediante "Operaciones de Salud" en las que se realicen actividades tanto preventivas como curativas.

Canalización a contacto secundario en casos necesarios.

Elaboración de historias clínicas familiares.

De las acciones de atención médica señaladas podrán llevarse a cabo, aun mediante programas específicos, tareas propias dirigidas a: el binomio madre-hijo, enfermedades transmisibles, enfermedades mentales, alcoholismo, etc.

Las actividades podrán ser implementadas tanto en las unidades aplicativas de salud como en los domicilios. La cobertura debe

ampliar su radio de acción para captar al mayor número de población.

Ningún programa de Salud Pública puede desarrollar un trabajo efectivo si carece de un eficiente servicio de atención a enfermos. Este hecho tiene gran significancia en el medio indígena debido a que los resultados de la atención asistencial son observados prontamente por la comunidad, además de ser una de las necesidades que ameritan más rápida solución.

Para poder ofrecer inicialmente estos servicios, es recomendable que la atención no implique una erogación alta para el enfermo, que los medicamentos sean a precio de costo (cuadro básico de medicamentos) y que inclusive los indígenas queden exentos de pago.

A medida que el servicio sea aceptado podrán incrementarse en relación con los valores del grupo y el costo de la vida.

3. Promoción de la salud y protección específica.

- a) Educación para la salud. Actividad central en la que además de proceder o acompañar cualquier acción de salud, debe dirigirse en forma simultánea y a diverso grado de complejidad a todos los miembros que intervinieren durante el proceso de socialización: área familiar, escolar, laboral, asociativa y sexual.

Los temas que pueden ser desarrollados son: planificación familiar, higiene personal, higiene sexual, higiene materno-infantil, saneamiento, nutrición, utilización de los servicios de salud. También todos aquellos que inciden en el mejoramiento socioeconómico de las comunidades: promoción de huertos familiares, obras rurales por cooperación o ayuda técnica mediante pláticas y demostraciones.

- b) Saneamiento ambiental. Contiene acciones referidas al abastecimiento de agua potable, disposición sanitaria de excretas, basuras, control de fauna nociva y/o transmisora, saneamiento de alimentos, vivienda y saneamiento específico del medio.
- c) Nutrición. Ciclo económico de la producción, distribución y consumo de alimentos; orientación nutricional y

prevención de la desnutrición. Dieta, tabúes alimentarios y técnicas culinarias.

- d) Organización de la comunidad. Contiene el conocimiento de las organizaciones existentes, de sus dirigentes y mecanismos de control. Sobre esta base considerar su aprovechamiento integrando mediante la capacitación nuevas funciones en beneficio de la salud. Por otra parte, podrán promoverse organizaciones de pueblo, localidad o municipio para tales fines. En cada caso el uso de las técnicas de dinámica de grupo suelen ser factor indispensable de la eficiencia de las acciones.
- e) Inmunizaciones.
- f) Detección de casos.
- g) Control de enfermos y contactos.

La promoción de la salud y la protección específica, como se ve, no dejan de ser uno de los aspectos básicos de la Salud Pública, por lo que en la planeación de programas de salud deberá ser un renglón de primer orden.

4. Adiestramiento y capacitación.

Debemos preocuparnos menos por el tipo de curso, su temática o procedimiento; de los seminarios o mesas redondas ya sean nacionales o internacionales —y más por definir el rol que el personal ha de jugar en las acciones de salud.

En este punto habrá que destacar la formación del personal para que resulte un descubridor de las necesidades y aspiraciones locales, y un vehículo entre la comunidad y los medios que pueden ponerse en acción para solucionar sus problemas. (San Martín, 1975).

Contrario a lo que se espera, cuanto más se suele preparar al personal más se le aísla de la posibilidad de entendimiento y arraigo con la realidad. Una dosis bien balanceada de su proceso formativo, y de su oportunidad práctica evitará que esta contradicción subsista. (García, 1978).

Conviene pensar en la elaboración de manuales de adiestramiento (bilingües), que contengan marcos teóricos, métodos y técnicas, administración y dinámica de grupos

aplicados a la salud, para personal que ha decidido actuar en el campo de la salud en la situación intercultural.

La preparación de cursos debe hacerse en orden de menor a mayor complejidad, con temas que permitan el desarrollo de sus funciones.

5. Información y documentación.

Particular importancia tiene el poder contar con material de apoyo para la consulta de referencia, tanto para el conocimiento como para la acción de las actividades de Salud Pública.

Un buen principio podrá ser el llevar a cabo un recuento de los centros de información y documentación en salud existentes en los países, de sus recursos y posibilidades de uso.

Enseguida, el formar por cada unidad aplicativa de salud en medio indígena archivos sociomédicos (Kelly, 1959).

Mantener un órgano de difusión permanente que informe de los proyectos o avances de los programas. A este respecto, la revista *América Indígena* podría incluir dentro de sus secciones permanentes, una que se dedicará a la antropología médica del Continente.

Como fruto de auténticas experiencias, crear monografías, ediciones especiales o cualquier otro instrumento divulgatorio.

Elaborar, asimismo, bibliografías comentadas y glosario de términos que apoyen las labores del personal de salud.

De las alternativas sugeridas en los capítulos de objetivos y acciones, podrán formularse en lo futuro los programas específicos que mejor convengan en cada realidad indígena.

RESUMEN

Existe separación amplia entre medicina tradicional (creencias y prácticas), medicina moderna y salud pública. Para disminuir esta brecha se sugieren con gran detalle las políticas, programas y acciones que deben llevarse a cabo a nivel internacional y regional, por medio de oficinas nacionales de salud, organizaciones estatales, universidades, escuelas de medicina, líderes comunitarios, grupos profesionales y otros. Se señalan también objetivos que debieran ser

incluidos en el Plan de Cinco Años para mejorar el estado de salud de las comunidades indígenas.

SUMMARY

Exists a gap between traditional medicine (beliefs and practices), modern medicine and public health. In order to close this gap the author suggests, in great detail, the politics, programs and actions to be undertaken at the international, national, regional and local level by international health agencies, state organizations, universities, medical schools, community leaders, professional groups, etc. The paper sets out the objectives that should be included in the Five Year Plan.

BIBLIOGRAFIA

- ADAMS, R., 1952: "Un análisis de las Creencias y Prácticas Médicas en un pueblo Indígena de Guatemala". Seminario de Integración Guatemalteca, Guatemala, pp. 23-78.
- 1964: "Introducción a la Antropología Aplicada". Seminario de Integración Social Guatemalteca, Guatemala, pp. 277-312.
- AGUIRRE BELTRÁN, G., 1955: "Programas de Salud en la Situación Interactual". Ediciones del III, México, pp. 9-25.
- 1977: "Antropología Social (1950-1975)". Trabajo en prensa, México, pp. 79-97.
- AIZEMBERG, M., 1968: "La Salud en el Proceso de Desarrollo de la Comunidad". CREFAL, Pátzcuaro, Mich., México, pp. 29-47 y 201-219.
- ALVAREZ, J., 1968: "Preparación de Auxiliares de Enfermería para Puestos de Salud Pública". Anuario Indigenista, Vol. XXVIII: pp. 133-151.
- ARANDA PASTOR, J., 1971: "Epidemiología General". Universidad de los Andes, Mérida-Venezuela, t. No. I: pp. 27-40 y 129-144.
- BONILLA DOMÍNGUEZ, C., 1953: "El Proceso de Cambio Cultural en Medicina". INI, Mimeo. México, p. 26.
- FOSTER, G., 1967: "Análisis Antropológico Intercultural de un Programa de Ayuda Técnica", en *Medicina y Antropología*, III, México, p. 70.
- GARCÍA SALGADO, L., 1978: "Una Experiencia Educativa en Ciudad Netzahualcóyotl". México, Impreso, p. 37.
- GUTIÉRREZ DE PINEDA, V., 1969: "Antropología Aplicada y Salud". Anuario Indigenista, Vol. XXIX, pp. 241-252.
- KELLY, I., 1959: "La Antropología, la Cultura y la Salud Pública". Universidad de los Andes, Mérida-Venezuela, pp. 45-88.
- MACMAHON, BRIAN Y COLS., 1960: "Métodos de Epidemiología". La Prensa Médica Mexicana, México, pp. 1-19.
- MARROQUÍN, A., 1977: "Balance del Indigenismo". III, Ediciones Especiales No. 76, pp. 20-58.
- MARTÍNEZ, P., 1973: "Aguirre Beltrán y la Salud Indígena". En Homenaje a Gonzalo Aguirre Beltrán, Universidad de Veracruz III, México, Vol. I, pp. 151-166.
- MIRANDA PELAYO, J., 1977: "Promoción de Salud en la Situación Intercultural". Anuario Indigenista, Vol. XXXVII, No. 2, p. 278.
- MONTAGNER, M. DELVAIR, 1977: "El Papel del Antropólogo en los Proyectos de Desarrollo de la Comunidad". Anuario Indigenista, Vol. XXXVII, No. I, pp. 171-177.
- MORALES LANDYN, L., 1955: "La Salud en el Municipio de Oxchujk". INI, México, Mimeo, p. 48.
- READ, M., 1968: "Cultura, Salud y Enfermedad". Centro Editor de América Latina, Buenos Aires, pp. 121-163.
- RUBEL, A., 1969: "Análisis Funcional y Efectos Negativos de Algunas Creencias acerca de la Curación de las Enfermedades". Anuario Indigenista. Vol. XXIX, pp. 253-268.
- SAN MARTÍN, H., 1975: "Salud y Enfermedad". La Prensa Médica Mexicana, México, pp. 641-651.
- VARIOS AUTORES, 1977: "Manual para el Médico en Servicio Social". Facultad de Medicina, UNAM, México, pp. 48-83 y 114-143.
- WISDOM, CH., 1952: "The Supernatural World and Curing". En Sol Tax: Heritage of Conquest. Glencoe The Free Press. pp. 119-141.