

I Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Santiago de Chile, 1985.

Antropología aplicada a la salud: la experiencia de la provincia de Valdivia.

Marcela Wachtendorf.

Cita:

Marcela Wachtendorf (1985). *Antropología aplicada a la salud: la experiencia de la provincia de Valdivia. I Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Santiago de Chile.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/i.congreso.chileno.de.antropologia/42>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ektb/qRD>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

ANTROPOLOGIA APLICADA A LA SALUD: LA EXPERIENCIA DE LA PROVINCIA DE VALDIVIA

Marcela Wachtendorf

ANTECEDENTES

En el año 1982, el Ministerio de Salud implementó un Plan Específico de Salud Rural (Boletín de Vigilancia Epidemiológica, Vol IX Nº 11-12, 1982), cuyos objetivos eran elevar los índices de salud de las provincias y comunas más deprimidas del sector en cada región. Pronto surgió la necesidad de incorporar un agente de cambio, vistos algunos problemas prácticos, que el mismo equipo de salud caracterizó en la relación Servicio de Salud-Comunidad, pueden señalarse:

- Bajo porcentaje en la atención profesional del parto.
- Falta de integración en los equipos locales de salud rural.
- Formación diferente de los auxiliares (algunos son instruidos en el Centro de Adiestramiento, otros en el Instituto de Estudios Rurales, IER).
- No se delegan actividades a los auxiliares según normas técnicas.
- Escasa integración del auxiliar de posta con su comunidad.
- Falta saneamiento básico de la población.
- Costumbres y tradiciones inciden en la atención en salud.

Tomando este marco como referencia se diseñó un plan que, respetando las técnicas y la teoría antropológica, tuvo las siguientes características:

Se diseñaron tres etapas, la primera tenía también una prioridad cronológica, la segunda y la tercera etapas dependían del desempeño de la primera y no necesariamente iban desfasadas en el tiempo:

1. Investigación: se proponía un plan de trabajo de terreno con áreas bien definidas de intereses concentradas en una caracterización de la población rural y aspectos de la medicina tradicional con un enfoque émico.

2. Actividades a desarrollar en base a lo obtenido durante la primera etapa: el material proporcionaría un marco de referencia respecto a áreas problema, y la forma como elaborar material didáctico, charlas, actividades con la comunidad, entre otros.
3. La tercera etapa se orientaba al trabajo con los equipos de salud. Se planteaban también inquietudes de nivel investigativo.

LA PRACTICA

Pero la experiencia en Administración Pública cegó tales expectativas, al limitar el trabajo de campo a visitas al área (visitas de supervisión, de tres o cuatro horas a diferentes postas en diferentes comunas). La investigación propiamente tal quedó postergada, por lo que interrogantes tan definitorias como la concepción indígena-campesina sobre el parto, farmacopea, cobertura de la medicina tradicional, visión campesina de los equipos de salud, etc., quedan sin respuesta.

EL PLAN

El plan reacomodado se dirige de la siguiente manera: se realizó una encuesta a los equipos médicos que laboran con el campesinado (Equipo Médico Rural), y de acuerdo a sus necesidades, plantean como necesario para su desempeño en la actividad rural: "tener conocimientos de sicología y antropología"; lo que entienden como manejar las herramientas, en este caso conceptos apropiados sobre el funcionamiento de la comunidad como sistema; cómo opera la lógica campesina, pretenden lograr una mayor efectividad en la labor educativa que realizan; hay también entre sus requerimientos una inquietud por lo "exótico", esto se explica en el deseo de tener mayor conocimiento de las prácticas médico-tradicionales, se interesan también por el empleo de la herbolatería, conocer su aplicabilidad, lo "rescatable" de los principios que se aplican actualmente, y que se podrían llegar a aplicar, con miras a solucionar o cuando menos a aminorar los problemas de abastecimiento farmacológico actual.

Desde el punto de vista del antropólogo las prioridades se trasladan a:

- a) El Equipo: reducir el nivel de sociocentrismo, modificar actitudes del equipo con respecto al auxiliar rural, y a la comunidad con la que trabajan. De acuerdo a la encuesta, el nivel de distancia entre el equipo y la comunidad fue elevado.

b) Entregar al equipo conceptos de relativismo cultural. Dar a conocer el perfil antropológico del campesinado de la región y la condición de biculturalidad del grupo mapuche (esto forma parte de la investigación en curso).

Según la publicación científica Nº 359 de la O.M.S., en palabras de G. Foster, el médico rural conoce más de sus pacientes de lo que podría esperarse, por lo que constituye un estereotipo de los antropólogos afirmar lo contrario. En nuestro país no es efectivo. Se da además la situación de que los profesionales que laboran en el área son jóvenes que se están iniciando en la vida laboral, por lo general permanecen allí por un espacio no mayor a tres años (esto es efectivo en el caso de los médicos). Debe agregarse a esta situación el hecho que las rondas médicas se realizan -dependiendo de la localidad- de una a cuatro veces al mes. Debe considerarse además que la jornada de trabajo es de 8 horas, de las que se puede emplear hasta la mitad o más en ir y volver de la ronda. Esto sumado a la presión asistencial, permite poca integración entre el equipo y la comunidad.

La comunidad:

a) Conocer las concepciones que tiene la comunidad del personal médico excluido el auxiliar. Conocer las necesidades y las prioridades de la comunidad.

b) Conocer las patologías que cubre la medicina tradicional o aquellas áreas en las que se desestima la intervención de la medicina occidental por considerarla inapta.

Como desconocemos esta perspectiva en la relación Servicio Médico-Comunidad, no podemos, en este momento, hacer más que implementar (herramientas) materiales para obtener la información: encuestas, pautas de elicitación, adiestramiento de informantes.

El auxiliar: ya que el auxiliar forma parte tanto del Servicio Médico como de la comunidad, se debe trabajar con ellos en forma separada, durante las sesiones de supervisión del equipo médico a los auxiliares dependientes de su establecimiento. Desde el punto de vista del antropólogo, las prioridades aquí se trasladan a:

a) Instarlos a ocupar una posición de liderazgo dentro de su comunidad, mediante la integración a ésta. Aquí se debe revisar los casos en forma separada, y orientar de acuerdo a las necesidades de cada posta rural.

b) Apoyarlos en la labor educativa que deben realizar (educación de grupos, que forma parte de sus tareas). Entregarles líneas generales del proceso de comunicación, para que logren una mayor llegada a su comunidad. El auxiliar es el nexo entre el Servicio de Salud y la comunidad, de aquí su importancia en el desarrollo de la educación mantenida.

En base a estos antecedentes se contempla el siguiente plan de actividades:

1. Educativo a nivel profesional: se prevé la satisfacción de las necesidades estipuladas por el área médica y por la antropología. La técnica ideal de trabajo es la realización de talleres, posteriores a la entrega de materiales bibliográficos sobre nuestra realidad-necesidades regionales.

2. Educativo para la comunidad: donde la tarea del antropólogo es la de implementar un programa que asegure efectividad, y por lo que elegimos dirigirlo hacia la mujer. En forma conjunta, este programa involucra al equipo médico, al auxiliar y a la comunidad en forma activa.

Desde que se incrementó el interés por la atención primaria en zonas rurales, los planes dedicados a la participación de la población, son generalizados. Sin embargo, se ha visto que los indicadores que prevalecen como manifestaciones de la salud de una población son aquellos que involucran a la mujer, y en general, prevención en salud primaria, lleva también esta dirección: desnutrición infantil, atención profesional del parto, nutrición, mortalidad neonatal, aparte de las necesidades y problemas de salud específicos de la mujer. Los objetivos del programa contemplan a la mujer como:

- Sujeto de cambio
- Agente de cambio.

3. Investigación-acción: paralelamente se va desarrollando un cuerpo de datos, con especial atención a las necesidades de la comunidad, y lo que de ella desconocemos. Estas inquietudes se consideran dentro de un ítem de investigación, pero de un tipo de investigación que no requiere personal a tiempo completo, y se realiza extrapolando datos e interpretando documentos y durante visitas al área, con historias de vida, historias de casos. Los frutos de la investigación son incorporados a las actividades.

LOGROS

Hasta el momento se está logrando:

- Crear una conciencia a nivel de los equipos médicos de la necesidad de incorporar el aspecto social a su disciplina.
- Se ha incluido la participación del antropólogo en los cursos de perfeccionamiento de auxiliares rurales.
- Se estudia la participación del antropólogo en los cursos de formación de auxiliares paramédicos del Centro de Adiestramiento del Hospital Kennedy de Valdivia.
- La labor de investigación no se detiene, contando con la ayuda esporádica de profesionales de la salud.
- Se ha logrado una "socialización" de los temas discutidos en reuniones de equipos de salud rural y PLESAR, donde anteriormente lo principal eran los problemas de infraestructura.

PROBLEMAS PARA EL CAMBIO

- Si bien en los equipos crece la conciencia de las relaciones interpersonales, en algunos profesionales está fuertemente arraigada la idea de un indigenismo exótico, de un paternalismo indígena y en otros la idea de una ignorancia absoluta imposible de corregir.
- Problemas de recursos humanos. La antropóloga que suscribe considera que la opinión de un solo científico social puede ser poco objetiva.
- La presión asistencial existente en los servicios de salud influye de manera negativa.
- Desconfianza de la comunidad. Hay comunidades, principalmente indígenas que han tenido -siguen teniendo- malas experiencias en sus contactos interétnicos y desconfían de un plan de "buenas intenciones".

SUGERENCIAS

Lo que importa destacar es:

1. Es de vital importancia para la disciplina, como primer paso, la difusión y luego la creación de una conciencia antropológica.
2. La antropología aplicada, por sus manifestaciones prácticas, es la mejor forma de hacer extensión, por lo que debería fomentarse su desarrollo en diversas instituciones tanto gubernamentales como privadas.

Para aquellos profesionales que trabajan en forma aislada en un instituto de investigación, el Colegio de Antropólogos A.G. podría contar con un cuerpo de consultores de proyectos y decisiones prácticas, como forma de apoyo.