

XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires, 2009.

Decisiones terapéuticas y atención a la salud en comunidades Mbya-Guaraní. De la provincia de Misiones, Argentina.

Sy, Anahi.

Cita:

Sy, Anahi (2009). *Decisiones terapéuticas y atención a la salud en comunidades Mbya-Guaraní. De la provincia de Misiones, Argentina. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-062/1549>

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>.

Decisiones terapéuticas y atención a la salud en comunidades Mbya-Guaraní

De la provincia de Misiones, Argentina

Sy, Anahi

Lic. en Antropología. Dra. en Ciencias Naturales.

Fac. de Ciencias Naturales y Museo.

Universidad Nacional de La Plata.

anahisy@yahoo.com.ar

RESUMEN

Presentamos algunos resultados de un estudio etnográfico desarrollado en torno a los procesos de salud-enfermedad-atención en las comunidades Mbya-Guaraní: *Ka'aguy Poty* e *Yvy Pytã*, localizadas en la provincia de Misiones, Argentina.

La población Mbya habita desde tiempos prehispánicos la selva paranaense, uno de los sistemas naturales de mayor diversidad biológica de Sudamérica. A lo largo de la historia, este ecosistema ha estado sometido a presiones de enorme magnitud, afectando la calidad de vida de poblaciones indígenas, cuya expresión más preocupante ocurre en torno a patrones de salud-enfermedad.

Actualmente, en las comunidades hallamos la vigencia de prácticas tradicionales de cuidado de la salud y atención a la enfermedad, que se combinan con la asistencia a instituciones

biomédicas; donde la atención que se provee, en principio, no resulta adecuada a las características culturales de la población.

En este estudio, nuestra aproximación metodológica: el estudio de casos de enfermedad, nos permitió acceder a relatos que dan cuenta de la forma en que se percibe la enfermedad, cómo es diagnosticada y las decisiones en torno a su tratamiento; así como también, las personas y redes sociales que moviliza. En el contexto del caso, la enfermedad no aparece como episodio aislado en la vida de una persona, sino que se encuentra asociada a toda una serie de eventos, circunstancias e incluso trayectorias personales que permiten explicarla, diagnosticarla y, en base a ello, tomar decisiones respecto a su tratamiento.

El análisis de la relación que se establece entre diferentes representantes de la medicina oficial y la población de las comunidades Mbya, a propósito de la demanda de tratamiento ante episodios concretos de enfermedad, nos permite visualizar diversos factores que limitan el acceso a servicios de salud adecuados.

En este sentido, nos proponemos aportar información que permita visualizar problemas que afectan a la vida cotidiana de la población aborigen de nuestro país, y promover la discusión en torno a la necesidad de formular políticas públicas de salud, basadas en un conocimiento profundo de las características culturales y condiciones de vida de la población destinataria.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo surge de la investigación desarrollada en el marco de mi tesis de Doctorado: “Estrategias frente a la enfermedad en dos comunidades Mbya Guaraní (*Ka’aguy Poty* e *Yvy Pytã*, Provincia de Misiones). Aporte del estudio de casos a la investigación Etnográfica de los procesos de Salud-enfermedad”.

En esta presentación, a partir de la descripción de las alternativas terapéuticas utilizadas por la población Mbya-guaraní de *Ka’aguy Poty* e *Yvy Pytã*, nos centramos en el análisis de la relación que se establece entre representantes de la medicina oficial y la población, al momento de solicitar/recibir atención biomédica.

La mayor parte de los estudios antropológicos y etnográficos que abordan los procesos de salud-enfermedad entre los Guaraníes, centran su interés en el discurso de "especialistas" o expertos locales: *karai*, *kuña karai* y *Opyguã*, lo cual resulta en generalizaciones sobre su intervención

en el diagnóstico y tratamiento de la mayor parte de los problemas de salud. Así, quedan invisibilizadas otras alternativas de atención a la salud.

En este sentido, consideramos necesario orientar nuestro estudio hacia una indagación sobre la situación de enfermedad desde la perspectiva de aquellos que la padecen y/o cotidianamente actúan tomando decisiones sobre su diagnóstico y tratamiento. Ello supone optar por una aproximación técnico-metodológica adecuada para su abordaje. Así, el estudio de casos, como fuente de información etnográfica acerca de episodios concretos de enfermedad, por un lado, resulto una estrategia adecuada para explorar respuestas alternativas a una misma enfermedad y visualizar la combinación de diferentes medicinas. Por otro, nos permitió acceder a la relación que se establece con diversos representantes de la medicina oficial, y en qué medida se logra dar respuesta a los problemas de salud de la población.

Actualmente, la mayor parte de las acciones, programas y políticas de salud se definen en base a los datos provenientes de estudios epidemiológicos convencionales. Al respecto, acordamos con Schepper Hughes (2000) cuando plantea que estas investigaciones pueden esforzarse por ser culturalmente sensibles; pero debe advertirse que muchas veces la cultura de dichas ciencias estructura las preguntas formuladas y sobredetermina los hallazgos. Al descomponer las realidades en algunas variables culturales no problemáticas, se genera un reduccionismo, sustentado en el supuesto carácter neutral y objetivo de las categorías que maneja.

En este trabajo buscamos problematizar esas intervenciones, a partir del análisis en profundidad de la atención que recibe la población de las comunidades Mbya, por parte de diferentes representantes de la biomedicina. De este modo, queda expresado el valor que adquiere el estudio en profundidad, de un número reducido de casos, como herramienta explicativa de un sinnúmero de dificultades que se hallan al momento de implementar acciones y políticas públicas de salud, que tomen en cuenta las características culturales particulares de la población destinataria.

LAS COMUNIDADES MBYA GUARANÍ

En nuestro país, la población Mbya-Guaraní se asienta desde fines del siglo XIX en la provincia de Misiones, a lo largo de las rutas nacionales 12 y 14 y la ruta provincial 7 fundamentalmente. Las comunidades aborígenes Mbya-Guaraní de *Ka'aguy Poty* (Flor de Monte) e *Yvy Pytã* (Tierra Roja) con las cuales trabajamos, se ubican en la Provincia de Misiones, entre los

Departamentos de Caingúas y General San Martín, en el área del Valle del arroyo Cuña Pirú, a 10 kilómetros del Municipio de Aristóbulo del Valle. La mayoría de sus pobladores provienen de otras comunidades Mbya de la Provincia de Misiones y en menor medida, de Paraguay y Brasil (Crivos, et.al, 2000).

El área ocupada por las poblaciones Mbya-Guaraní, biogeográficamente se denomina Selva Paranaense, uno de los sistemas naturales de mayor diversidad biológica de Sudamérica. Se trata de un área de enorme extensión cubierta por selvas tropicales y subtropicales, bosques y sabanas, que ocupa toda la cuenca del río Amazonas, la mayor parte de la cuenca del río Paraná, y las laderas orientales de la cordillera Andina en la zona tropical (Cabrerá, 1971).

El nombre dado por los Mbya a las zonas de selva es "Monte", *ka'aguy* (en lengua Mbya) o también "*ka' aguy eté*", esto es, el monte "verdadero" (Cadogan, 1992). Este representa el espacio donde es posible el *Mbya reko* "el modo de ser mbya", "la costumbre mbya" (Remorini y Sy, 2003).

La historia de los Mbya ha estado marcada por el constante desplazamiento explotando los recursos selváticos y buscando territorios que presenten condiciones favorables al *Mbya reko*. La circulación periódica en los límites de este ecosistema, permitía la recuperación de los espacios de ocupación previa. En la actualidad, esta movilidad continúa, si bien sólo se registra a escala individual o de pequeñas unidades familiares; los núcleos de población Mbya han tendido a formar asentamientos más estables. A este proceso de sedentarización han contribuido diferentes factores como el establecimiento de fronteras geopolíticas que dificultan el libre desplazamiento de las comunidades, la asignación de viviendas por gestión de ENDEPA (Equipo Nacional de Pastoral Aborigen), entre otros (Crivos, et al., 2003).

Por otra parte, este espacio selvático ha estado sometido al desarrollo de diversas actividades económicas que han contribuido notablemente a su modificación -la extracción selectiva de maderas, el reemplazo del bosque nativo por plantaciones forestales exóticas, la construcción de represas hidroeléctricas y la colonización agrícola- (Crivos et al., 2002).

La noción de "monte", con las características de selva virgen, refiere a lugares cada vez más alejados de las viviendas. En la actualidad los Mbya refieren a las dificultades que encuentran para el

desarrollo de algunas prácticas ancestrales debido a la retracción del monte y la consecuente escasez de ciertos vegetales y animales que décadas atrás estaban disponibles. Las actividades económicas de subsistencia se han diversificado, labores tradicionales como la caza, pesca, recolección y horticultura de roza y quema, se complementan con la comercialización de artesanías y el trabajo temporario en las colonias¹. La población Mbya se incorpora como trabajador a destajo, principalmente durante la época de cosecha, en plantaciones de Yerba Mate, Tabaco y té (Crivos et al., 2002). Tales actividades, han favorecido un contacto más fluido con la sociedad nacional y la introducción de dinero a la economía del grupo. Esto ha producido numerosos cambios en su estilo de vida, posibilitando la adquisición de nuevos productos o bienes -como alimentos elaborados, entre otros- y accesibilidad a otras alternativas de atención a la salud.

La disminución de la actividad hortícola, la escasez de recursos animales silvestres y el reemplazo de alimentos “tradicionales” por los de origen industrial, la precariedad de los asentamientos y condiciones sanitarias deficitarias –como la ausencia de sistema de eliminación de excretas y agua de red, entre otras- se encuentran entre los factores más importantes al momento de explicar las enfermedades presentes entre las poblaciones actuales de toda el área; hemos profundizado sobre tales aspectos en trabajos previos (Remorini y Sy, 2008; Sy, 2009), no nos detendremos aquí en la descripción y análisis de dichas explicaciones. Sin embargo, cabe mencionar que la misma población de las comunidades Mbya manifiesta tales problemáticas, muchas veces asociada a su contacto con la Medicina Oficial, y las capacitaciones que reciben como agentes sanitarios (Sy, 2005; 2007). Al respecto, hallamos que todos coinciden en señalar que, los cambios ocurridos en el medio ambiente y la consecuente modificación del modo de vida tradicional, han traído como consecuencia la emergencia de nuevas problemáticas de salud, ante las cuales la población Mbya manifiesta su necesidad de recurrir a la biomedicina.

Respecto a la accesibilidad a Centros de Salud oficiales, hallamos ciertas limitaciones. Si bien en el año 1993 la comunidad contaba con un Puesto de Salud, visitado esporádicamente por un médico que realizaba atención primaria de la salud (APS); en el 2000 esta unidad sanitaria deja de funcionar. Actualmente, de modo ocasional, la población recibe médicos que realizan APS. en la comunidad, provenientes de diferentes organizaciones gubernamentales y de la Unidad Sanitaria de Aristóbulo (Sy, 2007).

¹ Área de producción agrícola y ganadera, generalmente de poca extensión en tierras, asignadas a familias de inmigrantes europeos que llegaron a nuestro país en la segunda mitad del siglo XIX, y aún son usadas por sus descendientes, conocidos como “colonos”.

METODOLOGÍA

La metodología aplicada fue el Estudio de Casos, esto es, de episodios de enfermedad recientes o en curso. Los casos analizados corresponden a enfermedades que presentan los síntomas característicos de enfermedades gastrointestinales, desde criterios biomédicos. La selección de éste tipo de dolencias estuvo dada por su elevada prevalencia, hallada tanto en los registros médicos de consulta e internación, como desde la perspectiva de la población de las comunidades (Sy, 2008).

Durante el trabajo de campo (de abril a agosto de 2003), a fin de delimitar los casos con los cuales trabajar, realizamos un censo, que incluía una pregunta pertinente a problemas de salud recientes o en curso que padeciera algún miembro de la familia. Realizamos también un relevamiento de registros en hospitales y unidades sanitarias a las que acude la población (fichas de consulta, historias clínicas de internación y documentación resultante de campañas sanitarias y de vacunación).

Con estos datos, delimitamos una muestra de casos inicial, que se fue ampliando a lo largo de la estadía en el campo, mediante la actualización mensual de los registros antes mencionados y alusiones espontáneas a casos de enfermedad en encuentros casuales o conversaciones cotidianas con miembros de las comunidades².

Los casos fueron relevados a través de entrevistas semi-estructuradas, realizadas a cada una de las personas que participaron del mismo. Así, obtuvimos los relatos de diferentes personas involucradas en el tratamiento de cada episodio de enfermedad. Además, durante el trabajo de campo, en ciertos contextos fue posible observar las interacciones que ocurrían entre diferentes miembros de la comunidad, a propósito de un caso, y de éstos con el sector biomédico.

Se trabajará sobre un total de 37 entrevistas realizadas a 23 informantes -12 mujeres y 11 hombres-, complementando y ampliando dicha información con la proveniente del registro de observaciones.

² Residir en una de las comunidades (Yvy Pyta) durante el trabajo de campo, favoreció nuestro acceso espontáneo a los casos.

Las entrevistas fueron registradas en cintas de audio y las observaciones por escrito, a fin de mantener la fidelidad de los datos en el análisis.

ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

A través del análisis de los casos podemos visualizar la presencia de diversas alternativas para el tratamiento de la enfermedad, que hemos clasificado de la siguiente manera: a- **Medicina Doméstica** (M.D.), cuando las acciones frente a la enfermedad ocurren en el hogar y están fundadas en conocimientos y recursos que provee un pariente, allegado, vecino, o el propio enfermo. b- **Medicina Tradicional** (M.T.): cuando el diagnóstico y/o tratamiento de la enfermedad ocurre en el ámbito de la comunidad, interviniendo expertos locales -el *pai* u *opygua*, *poropano vae*, *karai* o *kuña karai*-. c- **Medicina Oficial (M.O.)**: cuando el diagnóstico y/o tratamiento de la enfermedad lo realizan agentes oficiales de salud; tanto en el ámbito de la Unidad Sanitaria u Hospital, como en la comunidad cuando realizan Atención Primaria de la Salud (APS).

Al respecto, si bien no profundizaremos en la descripción de las dos primeras, consideramos necesario señalar algunas cuestiones fundamentales, a fin de contextualizar las instancias en que la gente de las comunidades toma la decisión de acudir a la Medicina Oficial.

Medicina Doméstica

El ámbito doméstico es donde se realiza un primer diagnóstico de la enfermedad y se busca tratarla, interviniendo distintos miembros del grupo doméstico, en función de sus conocimientos y habilidades personales.

En este contexto, el tratamiento que se realiza implica el uso de ciertos recursos vegetales de valor medicinal. El conocimiento sobre tales recursos se vincula directamente a la enseñanza que proveen parientes o allegados de mayor edad. Es junto a tales personas que, los mas jóvenes, han tenido la oportunidad de aprender y probar su eficacia, ante algún otro episodio de enfermedad (Crivos, et al., 2000; Remorini y Sy, 2002). De este modo, una amplia gama de enfermedades son diagnosticadas y curadas en el seno de la red social inmediata del enfermo.

Sin embargo, en el presente, los miembros de la comunidad reconocen una discontinuidad en la transmisión de conocimientos sobre el tratamiento de diferentes enfermedades. Por un lado, refieren al uso cada vez mayor de recursos provenientes de la biomedicina; los más ancianos dicen *“antes los remedios se conseguían en el monte nomás, ahora solamente se va en el hospital a comprar pastillas, antes no”* (AC).

Las transformaciones en las prácticas de tratamiento con frecuencia se atribuyen a procesos de cambio en el ecosistema selvático, aludiendo a la menor disponibilidad de recursos de valor terapéutico. Los entrevistados plantean que la retracción del monte trae como consecuencia dificultades en el acceso a ciertas plantas de uso medicinal, las cuales se encuentran cada vez más alejadas del área de asentamiento. En la actualidad el conocimiento acerca de estos recursos no está tan difundido entre los jóvenes y, en muchos casos, es sólo patrimonio de los ancianos.

Debido a esto, se ha visto restringida la posibilidad de tratar ciertas dolencias en el ámbito de la comunidad. Esta problemática aparece recurrentemente en la narrativa acerca del cuidado de la salud y de los procesos de aprendizaje y entrenamiento de los más jóvenes.

A pesar de ello, en los casos analizados, observamos el reconocimiento de una amplia gama de recursos, preparados en el ámbito del hogar. No obstante, el tratamiento de la enfermedad no siempre ocurre en el ámbito doméstico, también es frecuente la intervención de especialistas o expertos locales.

Medicina Tradicional

La decisión de acudir a especialistas o expertos locales generalmente ocurre en el ámbito doméstico cuando, no se ha podido efectuar un diagnóstico del padecimiento o, habiendo administrado un tratamiento, los síntomas de la enfermedad persisten.

Los llamados “expertos locales”, son designados genéricamente en lengua *Mbya* como *Karai* (hombres) o *Kuña Karai* (mujeres). Se alude con este término a aquellas personas adultas mayores que gozan de prestigio y reconocimiento por parte de todos los miembros de su comunidad, en

virtud de conocimientos que incluyen el manejo, no sólo de los “remedios del monte” (*poã*), esto es, recursos vegetales de valor terapéutico, sino también de las oraciones y cantos que acompañan algunos tipos de tratamiento. Algunos de estos *Karai*, son designados *poro poãno va ´e*, expresión que alude genéricamente a su habilidad para curar “con remedio de yuyo”, es decir, preparando y administrando recursos terapéuticos vegetales (Martínez, et al., 2002). Otros *Karai* llegan a ser reconocidos como líderes religiosos: *Pai* u *Opygua*. En estos casos se trata de personas que desde muy jóvenes muestran una orientación hacia lo religioso y el aprendizaje de saberes y prácticas terapéuticas. Lo que distingue y otorga el estatus de líder religioso al *Pai* u *Opygua* es el “llamado” o vocación que recibe de los dioses. En virtud de sus facultades extraordinarias, sólo ellos pueden dirigir las ceremonias vinculadas con el ciclo anual de actividades y el ciclo de vida individual (Teves, et al, 1997; Martínez, et al, 2002; Remorini, 2006).

Una revisión de las instancias de tratamiento en que intervienen los expertos, nos permite visualizar que su participación ocurre siempre asociada a la realización de ciertos procedimientos rituales de cura, considerados sustanciales para el logro de una completa recuperación de la salud. De este modo, los especialistas identifican el origen del problema que afecta a la persona, y pueden recomendar los pasos a seguir, tanto dentro como fuera de la comunidad.

Su capacidad y habilidades les brindan un reconocimiento especial en la comunidad, la eficacia del tratamiento que proveen no es solo empírica o pragmática, sino también simbólica (Levi Strauss, 1968).

Medicina Oficial

Nuestro análisis de los registros médicos relevados, indica que la mayoría de los tratamientos ocurren cuando el médico de alguno de los centros de salud oficial de la zona, acude a la comunidad para realizar Atención Primaria de la Salud. En estas situaciones, aún estando en tratamiento con recursos vegetales, se utiliza la medicación que el médico provee, combinando simultáneamente ambos recursos. Se considera que ambas medicinas pueden actuar complementariamente³, su combinación potencia la posibilidad de cura, acelera este proceso.

³ Se habla de uso complementario de diferentes medicinas cuando se aplica de forma simultánea diferentes tratamientos.

Cuando el problema de salud del enfermo se considera “grave”, esto es, cuando los recursos provistos en el ámbito de la comunidad no han logrado su recuperación, entonces se decide acudir a los Centros de Salud oficiales más próximos a las comunidades. Ello coincide con el relato de los médicos cuando nos plantean “...ellos vienen cuando ya no dan más”(HAV).

Uno de los centros de salud a los que recurre la población con mayor frecuencia es la Unidad Sanitaria Aristóbulo del Valle (US.AV.), que cuenta con plantel médico, odontológico y bioquímico y servicio de internación. Su preferencia está dada por la proximidad física, se localiza aproximadamente a 14 km. de ambas comunidades. Con menor frecuencia, otros eligen el Hospital de Jardín América (H.J.A.), distante 40 km. de Aristóbulo del Valle, establecimiento con servicios de mayor complejidad. Se valora su accesibilidad mediante el uso de transporte público “*es más fácil, cuando baja el colectivo te queda ahí cerquita* (la parada del micro es frente al hospital). *En Aristóbulo te bajas del colectivo y tenes que caminar*” (la parada está a casi 2 km. del hospital). Otros manifiestan que en el H.J.A. hay un médico que conoce a la gente de las comunidades (durante un tiempo realizó APS.) “*y ahí atienden mejor*”, además de disponer de ciertos servicios gratuitos que no tiene la US.AV.

Otras alternativas son los hospitales de Oberá y Posadas, localizados a mayor distancia de las comunidades (58 km y 147 km. respectivamente). Este último presenta la ventaja de estar próximo a la Dirección de Asuntos Guaraníes, organismo que ofrece alojamiento para los miembros de comunidades aborígenes y la posibilidad de obtener medicamentos en forma gratuita (Sy y Remorini, 2008).

Así vemos que, en la elección del centro de Salud, se conjugan la afinidad o vínculo con los profesionales que atienden en cada centro, los servicios que brinda en forma gratuita dicha institución, la accesibilidad física y la posibilidad de recurrir a otras instituciones para obtener los medicamentos que no están disponibles en el Hospital o Centro de Salud al que se acude.

EL (DES)ENCUENTRO MÉDICO - PACIENTE.

La consulta en el ámbito de la comunidad

Cuando los médicos se acercan a la comunidad para desarrollar tareas de APS, los diagnósticos que se realizan están basados en la observación de características externas del paciente

y la entrevista clínica –por ejemplo, para las parasitosis, abdomen inflamado y palidez de la piel; preguntando sobre los síntomas e identificación macroscópica de parásitos en la materia fecal-.

En estas situaciones, cuando el problema de salud persiste luego de la consulta, se hace explícito cierto descontento en torno a la indagación médica:

“ellos no revisaban... preguntaba que es lo que sentía en el cuerpo, así, porque si es el médico mismo tendría que revisar” (SB)

“si vos no contás a él [al médico] vos no vas a saber, yo me doy cuenta que estoy enfermo y tengo problemas, ellos tienen que saber, como doctor, como enfermero, como profesional, ellos tendrían que decir, y al final me preguntan a mi, qué yo tengo, dónde me duele, entonces, no se. Para eso ellos tienen máquina, todo, para saber qué es (...) eso ellos no te hacen porque ... vos ves, si él ve que yo soy un pobre que no voy a poder pagar, entonces no hacen eso, lo hacen a esos que tienen plata, que pagan eso” (AL).

Ambas citas nos permiten visualizar las expectativas que acompañan la elección de la Medicina Oficial. Por un lado, aparece la entrevista clínica como instancia a partir de la cual el médico elabora su diagnóstico; cuando no existe un examen clínico, no se “revisa” al paciente, no se hace ningún tipo de análisis complementario (radiografía o pruebas bioquímicas) la consulta al médico aparece en el discurso de los entrevistados como carente de valor, confirmando lo que ya se conocía o sabía, por el hecho que es el propio paciente quien comunica al médico qué tiene. A la posibilidad de ser examinado u obtener un análisis clínico se agrega, en otros casos, la de obtener algún medicamento.

Al comparar los registros de consulta médica con los relatos de quienes realizaron la consulta, es posible visualizar ciertos problemas en el mensaje que transmite el médico al adulto que consulta. Por ejemplo, cuando el médico de Asuntos Guaraníes visita la comunidad de **Ka’aguy Poty**, Antoliana lleva a 6 de sus 7 hijos. De acuerdo a los registros, 4 de ellos padecen anemia y 1 tiene fiebre. Cuando en la entrevista, a propósito del caso de uno de sus hijos, preguntamos qué le habían dicho cuando acude al médico, su respuesta fue *“que están todos bien, están todos sanos ... sí, en ese momento, solo que estaba medio, medio desanimado, era el gurisito ... no se qué era, dice que faltaba sangre, que estaba... no se... lo único que dijo que tiene de la sangre, flaco ... pero yo no sabía que hacer, tampoco nadie me había explicado, pero me dieron un remedio, me dieron para un mes ... tengo por ahí [entra en su*

casa y sale con el remedio: sulfato ferroso] *yo veía que tenía que estar medio mal porque no comía, no tenía ánimo ni para caminar así bien lejos, siempre sentado ... no podía correr ni nada, si anda muy en sol así le dolía la cabeza, eso es lo que tenía, pero ahora creo que no, creo que anda mejor, pero si es que no mejoraba yo le hubiera llevado al hospital, le hubiera llevado al hospital de Posadas para hacer análisis bien ...*” (AN).

Esta situación muestra que, si bien 4 de los niños obtienen el mismo diagnóstico, de acuerdo con el relato de su madre sólo uno de ellos recibe el sulfato ferroso. Se haya indicado o no para todos, uno de sus hijos está enfermo según Antoliana, aquel que para ella tiene signos visibles de la enfermedad. No sabemos cuál ha sido la explicación e indicaciones médicas; sin embargo, a juzgar por el registro, el tratamiento debiera administrarse a todos sus hijos.

Otro ejemplo de las dificultades en la comunicación de las personas de la comunidad con el personal médico-sanitario, puede extraerse de las campañas de vacunación. En menos de un mes se realizaron tres visitas a las comunidades, con la misma intención, vacunar:

“[Vacunan solo si tenés la libreta sanitaria?] si no tiene igual... Si por eso yo también tenía miedo porque no se puede aplicar de seguido ... por ahí lo vacunan mas de una vez ... eso es peligroso, por ejemplo con la BCG si uno le aplica mal ... ahí dice que se enferma de la Tuberculosis”(BB).

Esta situación muestra la incertidumbre, de una de las personas de la comunidad, sobre lo adecuado de las acciones realizadas desde el sector público de salud.

Al respecto, en conversaciones espontáneas con la gente de la comunidad, se manifiesta recurrentemente desconfianza sobre la frecuencia con que estaban acudiendo los médicos para realizar APS. Esto se lo asocia a la proximidad de las elecciones presidenciales del 2003, además de la difusión reciente, en distintos medios de comunicación masiva, sobre el fallecimiento de niños guaraníes por desnutrición, en comunidades cercanas a *Ka'aguy Poty* e *Yvy Pytã*.

Cuando se recurre a instituciones oficiales de salud

En estas instituciones existe un subregistro de las consultas realizadas, manifestado abiertamente por el personal médico y administrativo, debido a que el horario en que la gente de las comunidades llega al centro, muchas veces coincide con el momento en que los médicos se están retirando *“ellos llegan a las 11.30 [AM], cuando ya los médicos se están yendo, y les atienden ahí nomás, sin*

registrar nada” (ADM). Sin embargo, el horario de llegada, se relaciona directamente con la frecuencia de los transportes públicos que permiten trasladarse a la institución.

Si nos detenemos en las historias clínicas de internación, y las comparamos con el relato de diferentes casos de enfermedad, podemos observar ciertas incongruencias, nuevamente vinculadas a dificultades en la comunicación entre el personal de organismos oficiales de salud y la población **Mbya**.

Al respecto, resulta llamativa el “alta médica” registrada en las historias clínicas de internación. Los médicos nos dicen “*donde se empiezan a sentir mejor se van*”. En las historias clínicas queda registrado “*alta voluntaria (se retira del hospital contra la indicación médica)*”, a continuación registran la fecha y hora de salida y, en los casos de niños, la firma de la persona responsable. Quien relata el episodio nos cuenta “*...quedó una noche allá, quedo internado, después a la mañana el domingo salió de allá, cuando había votación [refiere a las elecciones presidenciales], venía a votar y ya traía receta que tenía que comprar remedio ... trajo todo eso.*” (PD.)

La internación fue por 24 horas, luego de lo cual “*ya estaba mejor*”, ya había recibido medicación y se le había recomendado qué debía comprar, con lo cual decide retirarse. En ningún momento aparece, en el relato de nuestros informantes, que retirarse del hospital haya sido en contra de una recomendación médica.

Este no es el único registro donde se señala el “alta voluntaria”, en otra situación se registra “*los padres insisten en retirar al bebé*”, y para el caso de un adulto figura “*el paciente no se encuentra en la habitación, buyó*”. El tiempo de internación en ningún caso excede las 24 horas.

En este sentido observamos que, si bien se considera en muchos casos necesario acudir al hospital, el uso que se hace del mismo se encuentra directamente vinculado a las expectativas que plantean los Mbya sobre la atención: ser examinados, sentir una mejoría, obtener un medicamento de patente, luego, ya no se observa necesidad de permanecer en dicho ámbito.

En todos los casos ocurre que, una vez obtenido el medicamento luego de una primer consulta, no se regresa a control o seguimiento, sobre todo cuando los síntomas de la enfermedad han desaparecido. Lo mismo ocurre cuando se acude al servicio de guardia médica. Si persiste el

problema de salud, se acude a otros centros de atención, contrario a lo que se espera desde la MO.: que a la atención en el servicio de guardia y/o en la comunidad, le siga la consulta al servicio de clínica médica u otra especialidad adecuada para atender al problema de salud que se detecte.

En ningún caso se presenta a la MO. como alternativa cuyo tratamiento pueda extenderse en el tiempo, que requiera de un seguimiento y control, tal como aparece entre las expectativas de los médicos.

CONSIDERACIONES FINALES

El cruce de diferentes fuentes de información: entrevistas y registros biomédicos, nos permite transitar diversas instancias de interacción entre la población de las comunidades y el sector de salud oficial.

Por un lado, la población actúa en relación a su propia salud acudiendo, tal como ha sido descrito, a la MO. Por otro, el personal médico de organismos oficiales, visita las comunidades para brindar atención primaria. Sin embargo, cualquiera de esas acciones (llegar a la institución, o que la institución se acerque a las comunidades) no garantiza recibir/brindar atención. Referencias al fracaso de la atención médica se expresan a través de la frustración de expectativas que existen en torno a la consulta, evidenciando las dificultades en la comunicación e incompreensión entre ambos sectores.

Al respecto, la legislación actual establece el derecho a recibir una atención de calidad y culturalmente aceptable. Sin embargo, observamos que el proceso consiste, en el mejor de los casos, en acercar recursos humanos a la comunidad, como si esto automáticamente redundara en la necesidad satisfecha, en materia de salud.

A través de los casos analizados visualizamos la necesidad de poner una mayor atención en lo que ocurre al momento del encuentro médico - paciente, de modo de formar personal médico atento a la diferencia, sensible a las características culturales particulares de la población que atiende y capacitado/habilitado para adecuar políticas y acciones públicas de salud, a la realidad local donde trabaja cotidianamente. En la medida que esto no ocurra, seguiremos ampliando la cobertura, en términos de hacer accesible físicamente los recursos biomédicos, pero las estadísticas de salud no mostrarán los cambios esperados de acuerdo a la inversión realizada.

Como señala Schepper Hughes (2000) hoy estamos acostumbrados a pensar que solo se pueden construir políticas de salud a partir de datos “duros” –una acumulación de hechos “objetivos” y “neutrales”, plasmados en cifras estadísticas y gráficos de flujos-. Sin embargo, los resultados obtenidos a partir del análisis en profundidad de un pequeño número de casos, resultan significativos para reflexionar sobre la pretendida objetividad y neutralidad de datos numéricos, cómo tras la rigidez de un marco teórico establecido y la confianza que genera la rigurosidad de ciertos procedimientos analíticos estandarizados, puede estar ocultándose situaciones que, de no ser contempladas, necesariamente tendrán incidencia en el éxito/fracaso de cualquier programa de salud.

Afortunadamente, en los últimos años ha crecido el número de trabajos que plantean la necesidad de integrar la dimensión epidemiológica en los análisis interpretativos de la cultura, reclamando la pertinencia de atender a los aspectos relativos tanto a la interacción social, redes sociales y capital social, como a aquellos políticos y económicos, desde una perspectiva que se ha llamado: etno-epidemiológica ó epidemiología sociocultural (ver: Almeida-Filho, N., 1992; Hersch Martinez y Armando Haro, 2007; Alvarez Hernández, 2008; Menéndez, 2008; entre otros). Al respecto, acordamos con Menéndez (2008) cuando plantea la necesidad de aplicar en estos estudios un enfoque relacional, que incluya no sólo diferentes *factores* que operan respecto a un problema determinado, sino también el conjunto de actores sociales significativos que viven, sufren y actúan respecto a dicho problema (Menéndez, 2008). En este sentido, la antropología se ha caracterizado por el desarrollo de estudios en profundidad, que busca abordar los procesos de salud-enfermedad-atención, desde la perspectiva de los propios actores sociales involucrados. Si bien se le critica, entre otros aspectos, la imposibilidad de desarrollar generalizaciones de valor estadístico, creemos que el valor y riqueza de este tipo de estudios recae en la posibilidad de aproximarnos a los procesos de salud-enfermedad-atención, ya no en términos de variables, sino precisamente como procesos, cuya complejidad resulta difícil reducir a una serie variables cuantificables. Ello posibilita una interpretación de los datos, orientada a su modelización (Menéndez, 2008). En nuestro estudio en particular, se trataría de la modelización de la toma de decisiones, ante problemas concretos de enfermedad, que surge de datos empíricos que se explora en profundidad (Sy, 2008).

Por lo general, las políticas de salud se han implementado a partir de datos estadísticos, resultantes de estudios epidemiológicos tradicionales, cuando muchos de los resultados obtenidos, como podría estar ocurriendo con las poblaciones estudiadas, la prevalencia sostenida en el tiempo de ciertos problemas de salud, también podría atribuirse a causas asociadas al modo en que se

vinculan quienes solicitan atención médica con los profesionales de la salud, variable no considerada en la mayoría de los estudios epidemiológicos.

En este sentido, teniendo en cuenta los acelerados procesos de cambio que hoy afectan a salud colectiva y, en particular, a la diversidad de grupos étnicos que habitan nuestro país, planteamos la necesidad de pensar estrategias que permitan abordar lo situacional del conocimiento y prácticas culturales, que se “animen” a la exploración en profundidad de lo que pueden ser “daños evitables” (Hersch Martinez y Armando Haro, 2007), lo que implica replantear constructos teóricos y técnicos como *estilo de vida* y *riesgo atribuible*, en función de lo que implican nociones construidas desde una perspectiva sociocultural, como *vulnerabilidad* y *modo de vida*.

Bibliografía citada

- ALMEIDA-FILHO, N. Por una etnoepidemiología. Esbozo de un nuevo paradigma epidemiológico. Cuadernos Médico-Sociales. 1992; 61.
- ÁLVAREZ HERNÁNDEZ, Gerardo. "Limitaciones metodológicas de la Epidemiología moderna y una alternativa para superarlas: la Epidemiología Sociocultural" En: Región y Sociedad, año 2008 vol. XX, número Especial El Colegio de Sonora Sonora, México
- pp. 51-75
- CABRERA AL. Regiones fitogeográficas de Argentina. En: Kugler W, editor. Enciclopedia Argentina de Agricultura y Jardinería. 2da. ed. Buenos Aires: Acme; 1976. vol 2 p. 1-85.
- CADOGAN, León. Diccionario Mbya Guaraní- Castellano. Asunción, Paraguay: CEADUC-CEPAG, 1992. 176 p.
- CRIVOS, Marta, MARTÍNEZ, María Rosa y POCHETTINO, María Lelia. "An interdisciplinary approach to study medicinal plants in two rural populations in Argentina". En: Proceedings II International Symposium of Ethnobotany (Medicinal plants: folk tradition, history and pharmacology), 2000, Publicación en CD.
- CRIVOS, Marta; MARTÍNEZ, María Rosa, NAVONE, Graciela, POCHETTINO, María Lelia, ARENAS, Patricia, DIGIANI, Celina, TEVES, Laura, REMORINI, Carolina, SY, Anahi, ILLKOW, Carolina y DELORENZI, Nicolás. "Ethnobiology of the parasitoses: the case of two Mbyá-Guaraní communities (Province of Misiones, Argentina)". En: Ethnobiology and Biocultural Diversity. John R. Stepp, Felice Swyndham and Rebecca K. Zarger. (Eds.), University of Georgia Press. Athenas, 2002. p. 258-269.
- CRIVOS, M., TEVES, L. y SY, A. "El análisis de redes en la consideración de las parasitosis humanas". Resumen publicado en Web REDES: <http://www.redes-sociales.net>. Trabajo publicado en Sección Textos/ Contribuciones iberoamericanas a la Conferencia Internacional de ARS, 2003.
- HERSCH MARTINEZ, P. y HARO, A.J. ¿Epidemiología Sociocultural o Antropología Médica? Algunos ejes para un debate interdisciplinar. Conferencia de clausura presentada en el III Coloquio de REDAM: Etnografías y técnicas cualitativas en investigación sociosanitaria. Un debate pendiente, Tarragona, 6 de junio, 2007. Disponible en web: <http://portalescolson.com/boletines/218/epidemiologia%20sociocultural.pdf>.
- LEVI-STRAUSS, Claude. El pensamiento salvaje. México: FCE, 1968.
- MARTÍNEZ, María Rosa, CRIVOS, Matra y REMORINI, Carolina. "Etnografía de la vejez en comunidades Mbyá-Guaraní, provincia de Misiones, Argentina". En: Antonio Guerci and Stefania Consiglieri (Ed) The

- Elderly in the Mirror. Perceptions and Representations of old age., Genova: Erga Edizione Italia, 2002, Vol 4, p. 206-229.
- MENÉNDEZ, Eduardo L. "Epidemiología Sociocultural: Propuestas y Posibilidades" En: Región y Sociedad, año 2008 vol. XX, número Especial El Colegio de Sonora
 - Sonora, México pp. 5-50.
 - REMORINI, Carolina. "Las relaciones intergeneracionales en la vida cotidiana. Sobre el rol de los abuelos en las actividades de cuidado infantil en comunidades Mbya (Misiones, Argentina)". En: Actas VIII Congreso Argentino de Antropología Social Simposio 14: Cultura y envejecimiento. Abordajes multi e interdisciplinarios, 2006. Edición en CD.
 - REMORINI, Carolina y SY, Anahi. "Las sendas de la imperfección (tape rupa reko achy). Una aproximación etnográfica a las nociones de salud y enfermedad en comunidades Mbya". En: *Scripta Ethnologica*, 2002 Vol. 24, p. 133-147.
 - REMORINI, C. y SY, Anahi. "El valor del monte en el proceso de endoculturación Mbya. Una aproximación etnográfica". En: Actas del XXIII Congreso de Geohistoria Regional, Oberá. Facultad de Artes. Universidad Nacional de Misiones, 2003. Pp. 115-127.
 - REMORINI, C. y SY, Anahi. "Condiciones de vida y explicaciones en torno a enfermedades parasitarias en poblaciones Mbya –Guarani de Misiones (Argentina)". X Congreso Internacional sobre Salud-Enfermedad de la Prehistoria al Siglo XXI. 1 al 6 de septiembre de 2008. Museo Nacional de Antropología. México.
 - SCHEPER-HUGHES, Nancy Demografía sin números. El contexto económico y cultural de la mortalidad infantil en Brasil. En: Viola A, compilador. Antropología del desarrollo. Teoría y estudios etnográficos en América Latina. Buenos Aires: Paidós Studio; 2000.
 - SY, Anahi. "Una aproximación a las representaciones y prácticas en torno a la enfermedad en un contexto pluriétnico. El Valle del Cuñapiru, provincia de Misiones". En: Actas de VI Jornadas de la Narrativa Folklórica. Santa Rosa, La Pampa, 2005.
 - _____. "Búsqueda de la salud en comunidades Mbya Guarani de la Provincia de Misiones, Argentina. Una aproximación etnográfica a través del estudio de casos". En: *Anthropology & Health Journal – AHJ*, 2007, Vol. 1 nro1.
 - _____. "Estrategias frente a la enfermedad en dos comunidades Mbya Guaraní (Ka'aguy Poty e Yvy Pytã, Provincia de Misiones). Aporte del estudio de casos a la investigación Etnográfica de los procesos de Salud-

- enfermedad". Tesis de Doctorado en Ciencias Naturales. Facultad de Ciencias Naturales y Museo. Universidad Nacional de La Plata; 2008.
- _____. Una revisión de los estudios en torno a enfermedades gastrointestinales. En busca de nuevas alternativas para el análisis de los procesos de salud- enfermedad. En: Revista Salud Colectiva. Vol.5 nro. 1 Año 2009,pp. 65-78
 - SY, Anahi y REMORINI, C . "Hacia un abordaje integral e intercultural de la salud de los niños Mbya. Contribuciones de la investigación etnográfica y desafíos para la gestión". En: Actas VI Jornadas Nacionales de Investigación social sobre la Infancia, la adolescencia, la Convención Internacional de Derechos del Niño y las Prácticas sociales "Oportunidades". Bahía Blanca, Universidad Nacional del Sur 18 al 20 de Septiembre del 2008. Edición en CD.
 - TEVES, Laura y Carolina REMORINI. "El saber del Pai entre los MBya- Guaraní actuales". En: Cuadernos 17 del Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano, 1997: 293-299. Buenos Aires.

Agradecimientos

- A la población de las comunidades Mbya-Guaraní de *Ka'aguy Poty* e *Yvy Pytã* que pacientemente colaboraron con mi trabajo.
- Al CONICET, por financiar este trabajo de investigación como parte de mi trabajo de Tesis de Doctorado.