

IV Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Santiago de Chile, 2001.

Resistencias a la Incorporación Planificada de Hamacas en un Hospital de la Península de Yucatán.

Dr. Roberto Campos Navarro.

Cita:

Dr. Roberto Campos Navarro. (2001). *Resistencias a la Incorporación Planificada de Hamacas en un Hospital de la Península de Yucatán. IV Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Santiago de Chile.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/iv.congreso.chileno.de.antropologia/9>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ef8V/aWq>

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>.

Bibliografía citada y consultada

- Alba, J. Comunidad Andina: Subjetividad y Salud, Raqaypampa, Bolivia, 1986
- Alvarado, C. Atención de la salud en áreas rurales. Pautas para una cobertura sanitaria de las poblaciones rurales. En: Sonis y colab., Medicina Sanitaria. Ed. El Ateneo, Bs. As., 1978
- Arrúe, W. y Kalinsky, B. De "La medica" y el terapeuta. La gestión intercultural de la salud en el sur de la provincia del Neuquen. Centro Editor de América Latina, Bs. As. 1991
- Claves Antropológica para la Salud. El conocimiento en una realidad intercultural. Miño y Dárila Editores, Bs. As., 1996
- Bourdieu, P. El sentido práctico. Ed. Taurus, Madrid, 1991 [1980]
- Cosas Dichas. Ed. Gedisa, Barcelona, España, 1996 [1987]
- Conrad, P. y Schneider, J. W. Desviación, definiciones y la profesión médica. En: Badness to Sickness, Merrill Publishing Company, Columbus, Ohio, pp. 1-16, 1985
- Davidson, J. La sombra de la vida: la placenta en el mundo andino, Bulletin de l'Institut Français d'Etudes Andines N° 3-4, Tomo 12, pp. 69-81, 1983
- Lira, J. Apuntes sobre la farmacopea tradicional andina. Bulletin de l'Institut Français d'Etudes Andines N° 1-2, Tomo 9, 1980
- Mariscotti de Görlitz, A.M. Pachamama Santa Tierra. Contribución al estudio de la religión autóctona en los Andes centro-meridionales. Indiana 8. Iberoamerikanisches Institut, Berlín, 1978
- Millones, L. Medicina y magia. Propuesta para análisis de los materiales andinos. Bulletin de l'Institut Français d'Etudes Andines 3-4, Tomo 12, pp. 63-68, 1983
- Palma, N. La medicina popular en el Noroeste Argentino. Ed. Huemul, Bs. As, 1978
- Ranaboldo, C. La persistencia de la medicina Tradicional en Bolivia. En: Historia y evolución del movimiento popular, Portales-Ceves, Cochabamba, Bolivia, 1986
- Sánchez Parga, J. Cuerpo y enfermedad en las representaciones indígenas de los Andes. En: Mujeres de los Andes. Condiciones de vida y salud. Universidad Externado de Colombia. pp.61-79, 1992

Resistencias a la Incorporación Planificada de Hamacas en un Hospital de la Península de Yucatán

Dr. Roberto Campos Navarro*

Un proyecto experimental

Con la finalidad de elevar la calidad del servicio hospitalario mediante la satisfacción y comodidad del enfermo internado, y motivados por los planteamientos en salud contenidos en el Convenio 169 de la Organización del Trabajo (OIT) sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes (1989), firmado y ratificado por el gobierno mexicano, iniciamos un proyecto antropológico de adecuación de los servicios médicos a la cultura maya prevaleciente en el estado de Campeche, México. En el párrafo segundo del artículo 25 de dicho convenio se establece que: "Los servicios de salud deberán, en la

medida de lo posible, organizarse a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamento tradicionales"(1) La población urbana y sobre todo, rural que habita en la Península de Yucatán, al suroriente de México, acostumbra dormir en hamacas y excepcionalmente en camas. Según los expertos, el origen de las hamacas se halla en la cultura arahuaca ubicada en el norte de Sudamérica. Conocidas por Cristóbal Colón, las primeras descripciones de las hamacas se encuentran en

* Médico con especialización en medicina familiar, maestría y doctorado en antropología social. Actualmente es profesor y coordinador de investigación del Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina. Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. Brasil # 33 Centro Histórico. México, D.F. C.P. 06020
E-mail: rcampos@servidor.unam.mx

los textos de escritores portugueses y españoles del siglo XVI como Pedro Vaz de Caminha, Gonzalo Fernández de Oviedo y Bartolomé de Las Casas.

En Yucatán eran utilizadas por algunos dignatarios mayas pero su expansión y uso generalizado se efectuó a partir del siglo XVII. En la actualidad lo emplean en forma cotidiana los habitantes de las costas tropicales del océano Pacífico, del Golfo de México y el mar Caribe en el Atlántico. Entre los pueblos indígenas que más frecuentemente la disfrutaban se encuentran los mayas de Yucatán, Campeche y Quintana Roo, los mayas lacandones de Chiapas, chontales de Tabasco, zapotecos de Oaxaca y nahuas de Guerrero(2).

Hasta ahora los hospitales públicos localizados en esas regiones han utilizado solamente camas metálicas y nunca se habían planteado la introducción parcial de un mobiliario nativo que los sustituyera.

Con la finalidad de que se conozca el trasfondo de esta experiencia exitosa -y por ende las posibilidades de ampliarlo y extenderlo en otros hospitales de regiones tropicales- el presente trabajo aborda algunas facilidades y dificultades que se presentaron durante el proceso de investigación.

Una propuesta innovadora

A partir de 1995 se instalaron tres hamacas en una sección de mujeres de un hospital rural localizado en el poblado de Hecelchakán, en el estado de Campeche, México. Dicho nosocomio pertenece a una institución gubernamental que brinda atención médica de segundo nivel que abarca los servicios de consulta externa de medicina familiar, gineco-obstetricia, medicina interna y cirugía. Los partos y las cesáreas constituyen las causas más frecuente de internamiento hospitalario.

La investigación incluyó una encuesta previa a cien pacientes, otra a cien pacientes usuarias de las hamacas. Dos encuestas más al personal del hospital, que se efectuó antes y después del cambio planificado. De manera complementaria se realizaron entrevistas domiciliarias y anotaciones en diario de campo de las observaciones en el hospital para confirmar y corregir los datos provenientes de las encuestas.

Sólo participaron mujeres que aceptaran voluntariamente el empleo de las hamacas. Dentro de los criterios de inclusión se especificó que fueran mujeres con puerperio fisiológico posparto y poscesárea o de un evento posquirúrgico en su fase no inmediata. Como criterios de exclusión se establecieron el no uso en pacientes inconscientes, en etapa posquirúrgica inmediata, con enfermedad infecciosa severa, traumatismo

dorsolumbar, quemaduras extensas o que requiriera cuidados de terapia intensiva.

El acondicionamiento físico incluyó la compra y colocación de hamaqueros metálicos en las paredes de la habitación. Las hamacas seleccionadas fueron de tamaño matrimonial, elaboradas con hilo de algodón de vivos y atractivos colores. El gasto total no excedió de 500 dólares americanos.

Una experiencia positiva

Se inició el proyecto de investigación en julio de 1995 con la autorización del coordinador general, con la ayuda de una pasante de etnología y el apoyo de directivos y trabajadores del hospital (3).

En las encuestas preliminares a potenciales usuarios se encontró que casi todos los participantes usan hamacas en sus hogares (96%) y que -en menor proporción- deseaban que existieran éstas en el hospital (64%) e igualmente que se incluyesen alimentos propios de la región en la dieta hospitalaria. Los trabajadores del nosocomio también emplean las hamacas en sus casas (84%) pero manifestaron aceptación, dudas e incluso rechazo a la incorporación planificada de hamacas (42%, 17% y 41% respectivamente).

Lo más notable del proyecto fue que la totalidad de las usuarias de las hamacas hospitalarias externaron una opinión favorable pues les brindaba confort y con esta medida pensaban que la calidad de la atención hospitalaria se incrementaba.

Entrevistas aleatorias a un 10% de esas mujeres hospitalizadas que utilizaron las hamacas confirmaron la validez del cambio establecido. Los argumentos expuestos versaron sobre la frescura y comodidad de las hamacas, su uso cotidiano y su falta de costumbre para dormir en las camas que les produce dolor lumbar y mucho cansancio.

También fue sorprendente el cambio de actitud de los trabajadores pues en la encuesta posterior al cambio planificado (que por cierto, incluyó la capacitación y sensibilización sobre los objetivos y alcances del proyecto) hubo una elevación significativa de la aceptación del personal que llegó hasta un 95%.

Durante el período experimental, los trabajadores -especialmente las enfermeras- hicieron una serie de observaciones por demás interesantes, por ejemplo, que las madres púérperas y sus hijos recién nacidos que emplearon las hamacas durmieron más y descansaron mejor que aquellas(os) que estaban en las camas hospitalarias estrictamente individuales.

Se observó la inexistencia de infecciones intrahospitalarias, hecho que posiblemente esté relacionado con el inmediato lavado de las hamacas después del egreso de la paciente, o bien después de una contaminación con materiales seropurulentos. Recuerdese que en el caso de las camas ordinarias, las sábanas, colchas y cubre-almohadas se lavan en forma constante, el colchón de vez en cuando y la estructura metálica casi nunca.

Por las posiciones que puede adoptar el enfermo se fomenta el retorno venoso y se disminuye la formación de escaras tan frecuentes en pacientes que permanecen largos periodos en las camas.

No se presentaron obstáculos para realizar los procedimientos clínicos más comunes como la aplicación de las inyecciones, venoclisis y curaciones menores.

Finalmente, se descubrió un ingenioso método que permite dividir una hamaca en dos secciones. Se trata de un nudo (tub en lengua maya) que aplicado en los denominados brazos de la hamaca separa -cuando es necesario- a la madre del lactante, creando espacios independientes.

Convencidos, indiferentes y opositores

Reconocemos que no es la primera vez que se utilizan hamacas en hospitales ubicados en regiones tropicales de América. Tenemos noticias de uso en Guatemala, Costa Rica, Nicaragua y Colombia, sin embargo no hemos encontrado reportes escritos de tales experiencias, en tanto que la incorporación de las hamacas en el hospital rural campechano se realizó en forma deliberada con una estricta planificación de las etapas de investigación experimental.

La creación, planeación, aplicación y evaluación del proyecto despertó incredulidad, simpatías y apoyos pero también emergieron prejuicios, enconos y resentimientos. En otras palabras, el proyecto provocó reacciones positivas y negativas en las personas que participaron en varios niveles:

• *Funcionarios del nivel central en la Ciudad de México*

A partir de la autorización verbal del coordinador general, se estructuró un protocolo de investigación con etapas bien definidas. A pesar de la formación en salud pública de los funcionarios médicos existió una notable oposición para efectuar la investigación. Los médicos afirmaron:

- "No existen antecedentes científicos, en revistas médicas nadie ha escrito sobre el empleo de las hamacas en hospitales"
- "En lugar de progreso, estamos promoviendo el atraso y el subdesarrollo"
- "No quieren convertir nuestros hospitales en centros vacacionales"
- "Van a pensar que la institución está ofreciendo hamacas para reducir o abaratar costos"
- "Se ven muy feas las hamacas en los hospitales"
- "No se metan con nuestros hospitales. Los hospitales son de los médicos"

Semejantes argumentos reflejan prejuicios, ignorancia, autoritarismo y ausencia de sentido común. Pero no sólo fue un rechazo en el terreno ideológico y discursivo sino que también se expresó en el campo de la práctica puesto que implementaron medidas concretas para impedir el desarrollo del proyecto: en la primavera de 1996 ordenaron -en forma unilateral- el retiro de las hamacas y la re-instalación de las camas hospitalarias. Tres semanas duraría la prohibición.

Meses más tarde, ya concluida la fase experimental, algunos de esos funcionarios que se opusieron al principio, luego modificaron su opinión e incluso expresaron de manera pública su satisfacción por los alentadores resultados del proyecto.

• *Funcionarios a nivel estatal y local*

El proyecto original contemplaba su desarrollo en dos hospitales, uno en Campeche y otro en Yucatán. Únicamente se realizó en el primer estado porque se contó con el amplio apoyo de los funcionarios estatales y las autoridades del hospital de Hecelchakán.

En Yucatán también existió plena aceptación de las autoridades del hospital, sin embargo un funcionario médico estatal no quiso que se realizara en su estado argumentando que la gente maya nunca le había sollicitado que hubiese hamacas en los hospitales.

Por supuesto, nunca se les había preguntado a los mayas yucatecos si deseaban utilizar ese mueble dentro del hospital. Más aun, cuando se aplicó una encuesta a cien potenciales usuarios de hamacas en el hospital de Ozkutzkab, y se les preguntó si deseaban tener hamacas en el hospital, la respuesta de aceptación fue mayor que en Hecelchakán (95% vs. 64%). Es decir, existían mejores condiciones para implementar las hamacas en el hospital yucateco que en el campechano. A pesar de estos resultados preliminares, nada ni nadie pudo vencer al funcionario estatal de las bondades del pro-

yecto, ni siquiera cuando él personalmente lo observó en Campeche. Paradójicamente, tal personaje es hablante del maya y emplea la hamaca en su hogar.

Por el contrario, el entusiasta grupo directivo del hospital de Hecelechakán (integrado por el director, la jefa de enfermeras, el ingeniero de conservación y la administradora), incorporó las hamacas sin que hubiera una orden oficial proveniente del nivel central o estatal, salvo la autorización verbal del coordinador general.

Por eso, cuando una comisión de supervisión del nivel central canceló el proyecto, obedecieron la orden pero se inconformaron mediante una carta dirigida al Coordinador General. Este finalmente ordenó la re-instalación de las hamacas, permitió la continuidad del proyecto y estableció su permanencia hasta la actualidad.

• *Trabajadores del hospital*

Como ya ha sido señalado, los trabajadores del hospital participaron en pláticas de sensibilización y capacitación sobre el proyecto de cambio planificado. Inicialmente mostraron duda, sorpresa y asombro pues nunca habían visto hamacas dentro de una sala hospitalaria, aunque casi todos ellos las disfrutaban en sus hogares. La respuesta final de ellos fue excelente en términos de comprensión y apoyo completo. Algunas enfermeras y auxiliares volcaron todo su saber y práctica relacionadas con las hamacas y brindaron invaluables observaciones sobre la forma de guindarlas, de dividir las en dos partes, de efectuar los cuidados necesarios para el lavado y secado, entre otros procedimientos particulares.

• *Grupo beneficiado*

Vale la pena recalcar que la introducción de las hamacas no fue propuesta por los pacientes hospitalizados. Ya sabemos que los hospitales, centros de salud y otras obras de servicio médico (sean gubernamentales o privados) han sido pensados, construidos y operativizados sin tomar en consideración a los posibles usuarios.

Se trata de servicios impuestos de acuerdo a una orientación bien precisa del Modelo Médico Hegemónico (4) donde existe una casi absoluta subordinación de los enfermos, y la terapéutica se centra en la acción médica con una intervención pasiva de los pacientes. En la gran mayoría de hospitales gubernamentales no hay injerencia de los enfermos en el tipo de alimentación, en los horarios de la institución, en las relaciones jerarquizadas del personal, y por supuesto, en el mobiliario acostumbrado en estos espacios, donde la cama es un elemento imprescindible desde hace siglos.

Por lo anterior, se puede entender la respuesta fascinada y fervorosa de las mujeres mayas hospitalizadas que emplearon las hamacas hospitalarias. Y claro que también les gustaría que les hablaran en su propio idioma, que les den los alimentos propios de la región (siempre y cuando no afecte el curso de la enfermedad que padecen), que puedan consultar (si desean) con sus médicos nativos, etcétera.

• *Grupos profesionales*

Cuando se platicó en reuniones académicas con los antropólogos que trabajan en diversas instituciones del sector salud, en algunos la reacción fue de escepticismo y en otros apareció un desbordante entusiasmo. Así, un colega residente en la ciudad de Santiago de Cuba, propuso su empleo en un centro de salud para atletas de alto rendimiento logrando su unánime aprobación.

Por otra parte, en un congreso internacional de salud pública celebrado en la Ciudad de Toluca, Estado de México, durante septiembre de 1996, cuando se presentaron los avances del trabajo, los médicos y funcionarios de salud pública manifestaron su interés por la investigación e incluso se propuso su instalación en los hospitales gubernamentales ubicados en el Istmo de Tehuantepec y en la costa oaxaqueña.

En la actualidad (septiembre del 2001), el proyecto de hamacas se ha mantenido en el área de mujeres y se ha extendido a una sala de hombres, por lo que podemos afirmar que el proyecto no correspondió a una modificación coyuntural sino estructural en términos socioculturales y por ello ha logrado su plena consolidación... pese a los médicos funcionarios.

Comentarios Finales

Desde el punto de vista de las ciencias sociales, este proyecto de antropología médica aplicada permitió valorar actitudes y comportamientos ante un cambio sociocultural planificado.

Es necesario considerar que en toda modificación social existirán conjuntos sociales que se opondrán. En este caso, llama la atención que las resistencias no partieron del grupo "objetivo" sino de los funcionarios médicos poco acostumbrados a proyectos inéditos, y hasta cierto punto, audaces.

Pero frente al desarrollo creciente de la autonomía de los pueblos indígenas es un imperativo socio-político buscar formas y contenidos de la atención médica hospitalaria que respondan a las justas necesidades y de-

mandas de dichos pueblos. Ya no se trata de elaborar programas de salud pública para los pueblos indígenas, sino con la participación activa y fundamental de ellos. En este caso la oposición médica es una postura que se aparta de la evolución histórica que ya tienen los pueblos indígenas americanos.

Bibliografía

(1) Organización Internacional del Trabajo: Convenio nº 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países indepen-

dientes. Serie: Documentos 89/1, 1989

- (2) Campos-Navarro, R. La hamaca: historia, etnografía y usos médicos de un mueble americano. *Rev. Med. IMSS (Mex)* 35(4): 287-294 (1997)
- (3) Campos-Navarro, R. La satisfacción del enfermo hospitalizado: empleo de hamacas en un hospital rural del sureste de México. *Rev. Med. IMSS (Mex)* 35(4): 265-272
- (4) Menéndez, E. Estructura, relaciones de clases y la función de los modelos médicos. *Nueva Antropología* (23):71-102 (1984)

Comportamiento reproductivo en mujeres mapuches de Cushamen

María Cristina Chiriguini*, María Elina Vitello y Nérida Luna

Introducción

El presente estudio se inscribe dentro de un proyecto de investigación más ambicioso donde nos planteamos estudiar la reproducción biológica y cultural de la población perteneciente a las etnias tehuelche y mapuche de los departamentos rurales de la provincia de Chubut - Patagonia Austral -, entre los años 1995 y 2000. La investigación toma en cuenta dimensiones socioculturales, biológicas y ambientales para aproximarse en toda su complejidad a la dinámica de la población estudiada, mediante la convergencia de diferentes enfoques.

Esta presentación trata en particular de describir el comportamiento reproductivo de la población indígena del Departamento Cushamen, buscando respuestas que permitan explicar el alcance del accionar del sector salud y la asistencia pública como factores condicionantes de los procesos de salud-enfermedad-atención.

Es pertinente señalar que en nuestro estudio consideramos la identidad étnica como una dimensión de la realidad social, que ha estado presente en la historia de estos pueblos otorgándoles un sesgo propio y diferenciador. Esta especificidad estaría dada por el uso de la lengua, por mantener experiencias vitales comunes, por la continuidad y permanencia como grupo ét-

nico, y por desarrollar una praxis social cotidiana específica, evitando de este modo limitar lo étnico a una simple enumeración de rasgos culturales. Asimismo consideramos el término indio como una categoría supraétnica que no hace referencia a las características de los grupos que abarca, sino a la particular relación de éstos con la sociedad global de la que forman parte (Bonfil Batalla, 1992). Las mujeres con las que hemos trabajado reivindican su identidad mapuche o tehuelche y son reconocidas como tales por el resto de la sociedad.

Si bien acordamos con la definición de salud reproductiva como un estado de bienestar físico, mental y social propuesta en la últimas conferencias internacionales sobre la mujer, debemos incorporar a esa noción los factores sociales y culturales que le otorgan contexto, significados y valores singulares a este proceso. Ser mujer y ser madre es una construcción social y cultural que sólo puede desgranarse al amparo del contexto histórico donde estamos poniendo la mirada. La naturaleza prepara biológicamente a las mujeres para convertirse en madres; cómo ellas llegan a serlo y cómo desarrollan sus prácticas y experiencias es una situación a explicar histórica, social y culturalmente. En el marco de estas consideraciones el tratamiento de la salud reproductiva en mujeres indígenas nos in-

* Licenciada en Ciencias Antropológicas - Universidad de Buenos Aires, Profesora de Antropología - U.B.A.