

26988

La Plata, 21 de diciembre de 1981

Señor
Secretario General del
Consejo Federal de Inversiones
Cnel. (R) Carlos Benito Pajarino
S/D

EXPEDIENTE N°	
Agregado N°	
74397	21 DIC 1981 FECHA

De mi mayor consideración:

Adjunto a la presente, ampliación a mi informe final desarrollado con el título Estudio antropológico del sistema médico folklórico hábitos relacionados con la salud, el parto, la enfermedad y condiciones de la vivienda en los Departamentos General San Martín y Rivadavia (Banda Norte) de la Provincia de Salta. El mismo corresponde a la resolución N° 81048 del 26 de enero de 1981, según expediente 227.

La ampliación requerida, se me formuló mediante telegrama 0600 del 2 del corriente.

Sin otro particular, saluda a Ud. muy atentamente.

Néstor Homero Palma
Dr. Néstor Homero Palma

O

Y. 3010

P 11

III

AMPLIACION DE INFORME

Estudio Antropológico del Sistema Médico Folklórico, Hábitos Relacionados con la Salud, el Parto, la Enfermedad y Condiciones de la Vivienda, Departamentos General San Martín y Rivadavia (Banda Norte), Salta.

(Solicitado mediante telegrama 0600 del 2 de diciembre de 1981)

Como observación al informe final de la investigación antropológica propuesta para los Departamentos San Martín y Rivadavia (Banda Norte) de la provincia de Salta, realizado bajo el título consignado más arriba, se señala la necesidad de proceder a la ampliación o clarificación de algunos conceptos relacionados con el compromiso de definir algunas pautas para la implementación de la estrategia médico-sanitaria en la región apuntada.

Si bien los items señalados para esta ampliación fueron tratados de alguna manera en el informe final, coincidimos, sin embargo, en la necesidad de precisarlos en forma más pormenorizada, ateniéndonos al solo hecho de que los tópicos de referencia no se hallan expuestos de manera particular en las conclusiones finales, o sólo lo están en parte. No obstante, cabe aclarar que dos aspectos de la requisitoria formulada por el C.F.I., no formaban parte del programa de investigación para el que fuimos convocados, como son: saneamiento ambiental y Pautas para mejorar la formación del Agente Sanitario.

Si por iniciativa propia oportunamente introducidmos estos puntos en nuestras observaciones transcritas en el informe respectivo, ello ocurrió porque entendimos que los mismos, que surgían espontáneamente en nuestras observaciones de campo, formaban parte substancial de la problemática que nos ocupaba en esta investigación, y debido a ello los consignamos, no sin entender el valor aleatorio que tienen en el cuadro más amplio de la realidad médico-sanitaria de la región en la cual se insertan y explican sus respectivos fenómenos. Es por eso

MED

que, no obstante el orden de los puntos reclamados para su aclaración, debemos, debemos, para ser más precisos, comenzar por el que, a nuestro entender, contiene implícito al propio Plan de salud y a sus ejecutores responsables.

Los puntos de la solicitud respecto de la ampliación apuntada, son los siguientes: 1) Mejor asistencia embarazo. Parto institucional; 2) Mejoras saneamiento ambiental; 3) Pautas para mejorar formación Agentes Sanitarios.

Ateniéndonos a lo señalado poco más arriba, puntualizamos lo siguiente: Es evidente que los puntos 1 y 2, entre otros más que podrían ser considerados, corresponden a realidades sanitarias cuyas posibilidades de corrección se hallan comprendidas en los objetivos atinentes al Plan de Salud Rural. Dentro de su política de acción se encuentran sus afectores principales: el personal médico y auxiliares, en modo especial los Agentes Sanitarios. Esta es la consideración de una somera sistematización del aparato executor del Plan de Salud Rural que, por demás conocido, resulta ocioso haber mencionado. Es obvio que son ellos los ejecutores de una acción que deberá impulsar los fundamentos ideológicos y epistemológicos de la filosofía del Plan, cuando son estos la base que define la estrategia que se ha de operar en busca de los logros mediatos e inmediatos que le competen al Plan. Si esto resulta definitivamente cierto, debemos aceptar que hay un orden lógico —diagnos jerárquico— de asuntos; vale decir, el deficitario saneamiento ambiental, así como la asistencia del embarazo, por ejemplo, son problemas periféricos de un tema cultural más global, diagnos contextual, que integra inevitablemente un núcleo de conceptos que abarca creencias, costumbres, actitudes y aptitudes, que son los que sirven para que los hombres de una comunidad cualquiera afronten la totalidad de la realidad cotidiana, vital y trascendente, entre los que se encuentran, por supuesto, los temas de salud, enfermedad y muerte.

Las falencias observadas son en parte el resultado de una política sanitaria

NHD

que, si tuviéramos que graficarla mediante una expresión literaria, tendríamos que decir que la misma hace caso omiso de la realidad íntima que trata. Por lo tanto, si juzgamos los hechos desde el punto de vista de las responsabilidades, es obvio que a sus directivos les cabe el ser responsables de que un sistema sanitario revolucionario por la estructura acordada a su aparato ejecutor, pero también paradójicamente deficitario en su nivel operativo, instancia esta, en la que se pueden lograr o no, los resultados que reviertan una situación sanitaria anómala, vale decir, instancia de su justificación programática. Esto resulta la consecuencia de algunos errores que ya calificáramos de epistemológicos, por cuanto tiene el Plan falencias en sus fundamentos técnicos, y por consecuencia fallas en la instrumentación de sus formas metodológicas.

Insistimos en un tema desarrollado en alguno de nuestros trabajos sobre medicina antropológica y reiterados en el informe: falta absoluta de diagnóstico previo respecto de los valores médicos esgrimidos por la población a la que se pretende tratar sanitariamente. Ya dijimos que esto pone de manifiesto lo que definimos como error técnico y metodológico, y que además evidencia una contradicción entre lo que el médico —al cabo responsable principal de la política sanitaria— pone en práctica cuando trata de un enfermo, y cuando se ocupa de una comunidad enferma.

En el primer caso, procede a efectuar un diagnóstico que procura que sea acertado, porque esa es la condición sine qua non para lograr una acción terapéutica eficaz. En este caso, el diagnóstico define la enfermedad padecida por el individuo, y los recursos para alcanzar este acierto comprende múltiples pruebas (análisis, radiografías, consultas, etcétera). La terapéutica es un recurso de cura que recurre, principalmente, al arsenal farmacológico disponible y a la técnica quirúrgica. El éxito de esta etapa depende del acierto con que fue procurado el diagnóstico. Ahora bien, no obstante que la medicina sanitaria

NHP

no trata de individuos en particular, sino de una población que padece de enfermedades diversas y múltiples por el estímulo variado de sus consecuencias, la metodología para abordar su caso no atiende a los presupuestos teóricos que en el aspecto asistencial maneja el médico: diagnóstico previo; terapéutica consecuente.

Como las enfermedades aquí están condicionadas —y a veces también determinadas— por causas culturales y sociales, el diagnóstico debe acercarse al conocimiento de cuáles son las actitudes de los individuos frente a las enfermedades, porque entre el médico y las enfermedades, aquí se halla la predisposición intelectual de la población que las padece, a aceptar las propuestas que proceden de la acción médico-sanitaria. La predisposición ejercitada, es el resultado de paradigmas conceptuales que son estructurados por la cultura, antropológicamente definida. Es mediante esta consideración, que se manifiesta clara la falencia epistemológica que, si no es redundancia manifestarlo una vez más, pone en evidencia que el Plan carece de una teoría y de una metodología ajustada a su objetivo.

Por una advertencia a tientas de los señalado precedentemente, la Dirección del Plan detecta que el conocimiento previo de la comunidad a tratarse es básico, pero su comprensión no recorre el camino científico, sino el de un empirismo que además adolece de imprecisiones. Es así que se cree superar la dificultad que significa el desconocimiento apuntado, promoviendo a Agentes Sanitarios, a individuos extraídos de la propia comunidad, suponiendo que ello es de por sí sólo suficiente para vencer las barreras conceptuales que se interponen entre la acción médica y la comunidad a la que va destinada su propuesta. Vale decir, se cree hallar a un interlocutor válido entre la propuesta médica y la comunidad, por el solo hecho de que el Agente sea un miembro de la misma. La instrucción médica que se le imparte, se piensa constituye la base que resume en él, ambas cosmovisiones: la científica y la popular, que le va a permitir al Agente resolver en favor de la primera, los presupuestos teóricos del Plan. Sin embargo, ya veremos que esto no es así, ni es tan simple suponerlo alcanzar tan fácilmente.

NMP

EL AGENTE SANITARIO

A través del análisis de los dotas intelectuales y preparación técnica otorgada al Agente Sanitario, podremos comprender de manera más clara, a todos los otros protagonistas que intervienen en el Plan de Salud Rural, y explicarnos la realidad sanitaria que hemos comentado y documentado gráficamente en el informe.

Teniendo en cuenta la estructura dada al aparato ejecutor del Plan, el Agente Sanitario es, indudablemente, su pieza más importante, diremos clave. Todas las precariedades que en él se pongan de manifiesto, repercutirán sobre la eficacia del cometido que se le tiene asignado para la obtención de sus objetivos.

Las precariedades apuntadas puedan manifestarse debido A) a lo intrínseco de su personalidad, vale decir, correspondientes a sus dotas intelectuales adquiridas o innatas; B) deberse a su formación específica como Agente Sanitario, sobre la base que le fuera acordada; y C) provenir de fallas propias del funcionamiento íntimo del sistema puesto en práctica, que en otra parte definimos como parte neciente al plano epistemológico.

A) En este punto se puede afirmar: en muchos casos posee instrucción básica deficiente, lo que supone una posibilidad restringida de adquirir conocimientos, y más limitada aún, si los mismos son complejos. En otro aspecto de este punto, casos en los que se advierte un manifiesto déficit en la capacidad mental del Agente para discernir críticamente, circunstancia que los ubica en algún grado de oligofrenia, sin alcanzar, por supuesto, al de profunda, lo que de cualquier manera limita incuestionablemente las posibilidades ciertas de su cometido.

La preparación del Agente Sanitario, en muchos casos no supera el 7^o grado de la escuela primaria. Esto, en las áreas tratadas en esta investigación de campo, significa precaria formación, debido a causas propias del nivel de la enseñanza primaria en la región, entre las que se cuentan el marcado cuasentismo docente y los pobres recursos pedagógicos y didácticos puestos en práctica, entre una po-

NHP

relación escolar que además es heterogénea en su capacidad potencial de aprendizaje, debido a lesiones neurológicas tempranas, ocasionadas por el parto en el útero, desnutrición, chagas, brucelosis, sífilis congénita, etcétera, todo esto en el plano de la explicación biológica del problema específico, y en el referente a la explicación psicológica que también puede explicar el mismo problema de baja capacidad de aprendizaje, la falta de estímulo en el hogar como uno de los hechos característicos del medio socio-cultural, cosa que en alguna medida, no sin marcada significación, se da también en la escuela, debido a lo que en parte ya señalamos.

Esta opinión, que puede creerse haber sido dicha temerariamente, se basa, sin embargo, en nuestra experiencia por haber trabajado en la región que nos ocupa como antropólogos, en el Plan de Salud Mental Nacional que dirige el doctor Fernando Pagés Larraya (CONICET), y por haber mantenido relaciones frecuentes con muchos de los Agentes Sanitarios del llamado Ramal Salto-Jujé, así como por haber observado de cerca el desenvolvimiento de la enseñanza escolar en áreas rurales de la zona.

B) La orientación otorgada en los cursos previos a su incorporación como Agentes Sanitarios, y las instrucciones recibidas en las llamadas pre-rondas, no superan el nivel limitadamente técnico que caracteriza a su preparación como auxiliares sanitarios. Si relacionamos esto con el punto precedente (A), veremos la pobreza de argumentos con que el Agente puede enfrentar a la comunidad para promover en ella cambios de actitudes en relación con el amplio espectro de cosas que, de manera indirecta o directa si se quiere, se relacionan con la salud y la enfermedad, pero que además sirven también para influir sobre sus superiores, con opiniones basadas en deducciones críticas producto del análisis de la realidad observada, cosa que no ocurre, o que ocurre en una medida intrascendente por lo aislada y excepcional. Este es otro déficit del Plan, que corresponde a las

N.M.W.

limitadas atribuciones que se le otorgan al Agente Sanitario, restringida participación acordada por un núcleo de profesionales médicos con funciones directivas, que cuentan el aporte que pueda tener la experiencia acumulada por el Agente Sanitario. Como sus observaciones no encuentran los canales naturales para poder expresarse y sumar ideas, es comprensible que los mismos sean comentadas en un medio o circunstancias ajenos a su propio ámbito, como ocurrió con nosotros (ver entrevista con Agentes Sanitarios).

Es claro que en la filosofía de quienes ejercen los controles del Plan —que en el fondo es la propia filosofía del Plan— no se consideran las mejores posibilidades que tiene el Agente Sanitario. Para esta práctica del Plan, el Agente Sanitario es sólo un mediador unilateral entre la medicina científica, digamos oficial, y la población tratada; vale decir, él lleva aquellos conocimientos técnicos que se le enseñaron; no se lo estimula a traer aquellos que, primero, puede generar un conocimiento más correcto y cierto de la realidad, lo que, aunque incorrecto como método, serviría, sin embargo, para tener una forma de diagnóstico, o verificar en la práctica cotidiana los aciertos del diagnóstico, si aquél se hubiera producido previamente, como habría sido lo correcto.

Señalado este cuadro gráfico —límino que ya empleamos en el informe—, la acción directiva del Plan sólo se limita a verificar y corregir aquellos aspectos técnico-administrativos, que sean capaces de arrojar buenos resultados estadísticos —buenos en el sentido de beneficioso para la imagen del Plan— aunque ellos no correspondan a la realidad, ni representan el indicador de que se está en el camino cierto de revertir la base conceptual de una medicina popular, en el cuadro de una concepción cultural que tiene por piedra angular la opinión mágica de toda la realidad circundante, por supuesto que también de la enfermedad y la muerte.

Esto último, sería el verdadero derrotero a recorrer, el que permitiría rever-

NMD

tir, al menos en parte, un cuadro sanitario sobre el que, si bien la medicina tiene sobre él la responsabilidad principal. No obstante, la educación escolar, siempre postergada o subestimada en sus posibilidades docentes en el terreno médico-sanitario, puede cumplir tareas atinentes a la modificación de conceptos, ya que puede de esa manera concurrir al logro de objetivos comunes: el cambio de actitudes, porque en ellas están los intereses del país en la región, en cuanto implican una mejor inserción de sus ciudadanos a su problemática regional, y porque esos cambios implican una revaloración cierta de la propuesta médica. Por lo que ya dijimos, si la acción médico-sanitaria no revierte las condiciones señaladas en este informe, las posibilidades intelectuales de los educandos seguirá siendo deficitaria; y sin la acción escolar dirigida con carácter prioritario a modificar estilos de vida condicionados por ambientes culturales donde las enfermedades, sobre todo las infecto contagiosas, encuentran nichos ecológicos más difíciles de erradicar que los propiamente naturales, si es que aceptamos como definitivamente correcto, que en relación con el hombre no existen medios naturales, al menos en el sentido ortodoxo del concepto. Con esta perspectiva, el Agente Sanitario tendría una tarea comunitaria menos solitaria, no carente de apoyo decisivo para su diario quehacer como representante importante de la medicina científica. Esta reflexión, quizás sea el camino para reiterar una opinión que alguna vez manifestamos: los problemas comunitarios de salud, no son temas exclusivos de la esfera del médico, o, si es más exacto, de la propia medicina (Ralma, 1972).

C) Este punto se refiere a fallas provenientes del funcionamiento íntimo del sistema (fallas técnicas) que minimiza las posibilidades inmejorables que teóricamente tiene la labor que puede desarrollar el Agente Sanitario. Desde un nivel muy abarcativo, ya definimos el deficiente encuadre técnico del Plan. En los puntos tratados previamente, ya observamos aquellos hechos que ponen al descu-

NMD

hiento prácticos que evidencian aquellos fallos a los que nos debemos referir aquí. No obstante, señalamos aún lo siguiente:

1) Todo lo observado pone de manifiesto que el sistema médico que fundamenta el Plan (su razón ideológica), carece de una teoría adecuada a los objetivos que debe alcanzar; ello, en modo principal, debido a la falta de comprensión previa de la realidad que aborda, que en definitiva desvirtúa la esencia de su propósito, cosa que toca a la mejor labor que pudiera desarrollar el Agente Sanitario.

2) El médico es el principal indicador de las falencias del Plan, si es que no somos más severos y decimos que, junto con sus directivos, es el responsable del grado anodino que adquiere su ejecución. Este profesional, que ocupa puestos en cualquier instancia del programa —no consideramos aquí algunas excepciones— es el principal obstáculo de la tarea del Agente Sanitario, en virtud de la predisposición intelectual negativa (digamos no enemiga) que ejercita respecto de aquél, cuando establece barreras de todo tipo que, en definitiva no es todo lo fluida que debiera ser, restándole posibilidades técnicamente admitidas, para lograr una tarea médico-sanitaria concertada.

El hecho de que la comunicación entre los Agentes Sanitarios y sus superiores sea esporádica, aún con sus jefes más inmediatos —y cuando se da superficial por obra de la subestimación que estima de su tarea— pone en evidencia la existencia de peligrosas fisuras en el sistema médico que impulsa el Plan. Esto lo vemos claro en las xxx entrevistas con Agentes Sanitarios (ver informe). Si frente a otros hechos ya nos referimos a cuáles son las limitaciones propias de los Agentes Sanitarios, aquí surge de modo incontrovertible, las correspondientes al propio personal médico que, debido al lugar directivo que ocupa, hace más cuestionable las bondades de la aplicación del Plan, tal cual se lo gestó y del modo cómo se promocionan aciertos que aparecen probables precisamente a

NVP

través de protagonistas cuestionados en el análisis de las participaciones, por aquellos que en el informe vimos criticar y aún autocriticarse (Agentes Sanitarios), mostraron aquí todo el dramatismo de un Plan que, como vimos, cuenta en sus filas a representantes sólo formales de la medicina científica, porque conceptualmente lo son de la medicina folklórica, a la que de alguna manera se adhieren, quedando así cuestionado, como ya vimos, que sean considerados como verdaderos agentes de cambio. Es claro que con esta formación, tampoco pueden ser elementos de presión sobre sus directivos, lo que de producirse, daría una mejor manera de consolidar al equipo y ejercer real influencia médico-sanitaria.

A esta altura de los acontecimientos, y frente a la experiencia concreta vivida en relación con este Plan que comentamos, dudamos mucho que la eficacia del Agente Sanitario se logre por el solo hecho de ser oriundo del lugar donde actúa. Si esto es cierto en el caso del Agente Sanitario, lo es también en relación con algún personal médico. No basta el conocimiento del área, la vivencia anecdótica de algún lejano acontecimiento del lugar, ni tampoco el saber de algunos intrincados paisajes de la región, hace falta la mística que requiere el ejercicio profesional en el área de Salud Pública. Esto último lo tiene inicialmente el Agente Sanitario, pero luego atenúa su concentración en el tema, su tema específico, para producir administrativamente, aquellos datos que alaguan a sus jefes. Esta no es una opinión antojadiza ni mal predisposta, sino que surge de nuestro conocimiento de la región y del problema que tratamos, por otra parte señalado con algunos detalles en nuestro informe.

Respecto del pedido de ampliación de los puntos 1 (Mejora asistencia embarazo. Punto institucional) y 2 (Mejora saneamiento ambiental; condiciones de la vivienda), ya señalamos más arriba que estos resultaban problemas periféricos de un problema más global, referido al propio marco cultural en el que tienen lugar

NWP

las formas de comportamiento adoptadas por los individuos de una comunidad.

Los temas fueron señalados y documentados gráficamente. La explicitación de puntos para modificar sus respectivos cuadros, deben surgir de las posibilidades de un Plan Sanitario cuya existencia no se puede desconocer. Ensayar aquí soluciones sería una utopía, y por lo tanto no pasarían de ser ideas. Nosotros creemos que las documentaciones mostradas y tratadas, ponen en evidencia unas formas de fallas del Plan que, corregidas sus limitaciones teóricas y prácticas, debe aportar la solución correcta, por supuesto que basada en estudios muy específicos.

De no haber existido un Plan Sanitario, nuestra opinión, como fijación de puntos para dichos casos, hubiera sido, sin equívocos de ninguna clase, la propuesta de que se instrumentara algún plan sanitario. Como lo hay, y sobre el hemos tratado bastante, nuestra punta ahora se dirige a recomendar la corrección de su sistema.

Como ejemplo que avale nuestra opinión, sirva recordar lo registrado en las entrevistas que transcribimos, respecto del embarazo (sus cuidados) y el parto (sus procedimientos), etcétera, que servicios asistenciales comprometidos en el objetivo del Plan en este aspecto, no tienen en cuenta ni expectativas ni ciertas ideas de la población, por supuesto aún no modificadas en su estructura íntima.

Con lo señalado respecto de estos puntos, reiteramos que nuestra "crítica" al Plan, no corresponde a su ~~concepción~~^{necesidad} como tal, sino más bien a fallas de concepción y de aplicación, que son las que descubren que los montos invertidos, no concuerdan con sus resultados.

Néstor Homero Palma
Dr. Néstor Homero Palma

BIBLIOGRAFIA: Néstor Homero Palma

Un enfoque antropológico de los problemas educacionales y médico-sanitarios; en Rev. Relaciones. T.VI Nueva Serie. Sociedad Argentina de Antropología, Buenos Aires, 1972

NHP