“MEDICINA OCCIDENTAL-MEDICINA MAYA: DOS PARADIGMAS COMPLEMENTARIOS”

NOTAS DE REFLEXION AL FORO TALLER

Antigua Guatemala, Febrero 2011

Dr. Jaime Ibacache Burgos. Fellow Ashoka. Chile
ibacacheburgos@gmail.com
www.ashoka.org/jibacacheburgos

“NOS AMANECIMOS TRANQUILOS”

Palabras de un terapeuta Maya al inicio del segundo día del Foro Taller.

Estas palabras del Terapeuta Maya, suenan en mi memoria tras días de haber regresado a mi tierra insular. Esas palabras de tan profundo sentir, me llevan a pensar que estamos frente a un nuevo amanecer o paradigma donde la noche es parte del día y no son dicotomías, por lo que debemos estar tranquilos, pues la fuerza y la esencia de la vida se expresa a pesar de que a veces tratamos de intervenirla.

La interculturalidad, palabra tan difícil a veces de pronunciar, es también un concepto construido en los últimos años a partir de la reivindicación del movimiento indígena en Latinoamérica, dentro de sociedades donde el poder y el conocimiento ha sido hegemónicamente occidental, que reniega y no incluye lo indígena en su discurso, a pesar que su matriz es mestiza.

Hay que recordar que han sido los pueblos originarios quienes por más de 500 años han desarrollado estrategias familiares y comunitarias para poder ser “interculturales” en las sociedades que les ha tocado vivir. Esta maravillosa plasticidad de sus culturas les ha permitido en muchas partes el poder ejercer “un control cultural” sobre los elementos foráneos pero también influir en la cultura occidental en muchos aspectos de su desarrollo, tanto en el idioma, la cocina, la salud, la educación y el desarrollo en general.

Estamos viviendo culturas muchas veces “hibridas”, donde los procesos son dinámicos y continuos. No existe la dicotomía ni el congelamiento cultural. Es nuestro pensamiento parcelado quien cree que hay culturas en extremo, producto de nuestro desconocimiento de las realidades, de sus historias y de las estrategia de los pueblos.

Don Miguel, sobador de huesos Maya, me lo demostraba haciendo un tratamiento a mi hijo en esos días. “Yo hago esto porque mis mayores me lo enseñaron , pero también aprendi a colocar inyecciones”.

Que es don Miguel? Un terapeuta Maya transculturado? Ya perdió su categoría de ser Terapeuta Maya? Para mi es un Terapeuta Maya que ha incorporado nuevos conocimientos y ha mantenido su contexto. No hay

descontextualización de su práctica. Es un terapeuta maya “moderno”, si se toma lo moderno como incluyente y dinámico.

Vivimos en esta realidad, todos quienes nos reunimos por dos días en Antigua, una ciudad colonial llena de cultura indígena desbordante por todos lados. Alli estuvimos gente de la Academia, gente del Ministerio de Salud y Autoridades de salud de regiones, representante de OPS, Organizaciones no Gubernamentales , Terapeutas Maya, e invitados de otros países.(uno de esos yo).

Notable la intención de Pies de Occidente de convocar a todos estos actores a una conversación sobre Medicina Occidental y la Medicina Maya: dos paradigmas complementarios. Este solo concepto de “dos paradigmas complementarios” ya es interesante de analizar. Pues para la mayoría de los actores que asisten al Foro Taller, en su historia personal y familiar, esta complementariedad de paradigmas ya existe desde que son “vivientes” en este mundo, desde que son cultura.

Pero también es cierto que a pesar de tener raíces indígenas y mestizas, otros integrantes manifiestan su desconocimiento profundo del tema, producto de una escolarización y cosmovivencia basado en lo occidental hegemónico que no ha tomado en cuenta otros conocimientos.

Esta realidad , a veces compleja y a veces de sentido común genera obviamente en los asistentes una conversación que muchas veces cae en los fundamentalismos y que luego se suaviza hacia el encuentro y la aceptación ecuánime. Un proceso histórico en las iniciativas Latinoamericanas de conversación sobre la necesaria articulación de modelos de salud, educación, agricultura y otros.

Tras dos días de debate respecto sobre, que es la interculturalidad, de cómo se pueden complementar sistemas médicos, de cual es el rol de cada uno de los grupos participantes, el trabajo de grupos va arrojando algunas ideas.

En todos los grupos la idea de “complementar” aparece como necesaria, aunque hay diferencias sustanciales en el cómo hacerlo y donde nuestra reflexión debe ser mas profunda.

El modelo de salud occidental actual está inserto en un modo de concebir las relaciones sociales y el desarrollo desde una perspectiva neoliberal e individual, contexto que determina los caminos de sanación de las personas y sus familias, y esto es también valido para el sistema de salud Maya. Aquí me parece interesante reflexionar sobre la pregunta. ¿Cuál de los dos sistemas es más flexible, más dinámico y menos rígido? Me parece que el sistema Maya hace muchos años que se ha adaptado a estas situaciones y ampliado sus técnicas terapéuticas incorporando y complementando su quehacer con la medicina occidental. Situación que sucede en toda Latinoamérica con los modelos de salud de pueblos originarios. Es una constante. ¿Pero porque para los que laboran y tienen responsabilidades dentro de la estructura occidental de organización de la salud, esto es tan difícil de comprender?

Son innumerables las iniciativas gubernamentales y universitarias para “complementar” , para generar una “salud intercultural”, de proponer sistemas “incluyentes” , y por lo tanto se generan estructuras administrativo-tecnicas a nivel de Ministerios de Salud, a nivel de espacios de sanación “interculturales” , donde de manera diversa se incluyen profesionales indígenas, miembros de comunidades, cientistas sociales, etc, que planifican modelos de complementariedad que muchas veces se alejan de la realidad o se generan propuestas que descontextualizan el quehacer de los sistemas en coexistencia. No obstante hay experiencias exitosas en algunos países y en algunas zonas de estos.. Que hay detrás de todo esto? Como podemos explicar esto? Necesita explicación?

Hay que decir que en la mayoría de los países la red “occidental” de salud tiene vacios de cobertura en muchos de sus territorios, con personal profesional que muchas veces pertenece a pueblos originarios o son descendientes de ellos y que tras pasar por las Universidades o institutos profesionales se “envisten” de algo muy fuerte…el status o lógica

de un modelo cartesiano, rígido, parcelado, sin continuidad en los cuidados, y basado en supuestas evidencias que dicen los “papers” y que nadie nunca ve. Un extraño caso de alucinación colectiva, como el Grisi Sikni de Nicaragua. Que por supuesto se contrapone a un modelo basado en la evidencia de la historia , que ve el “mal”, que siente la transgresión y que vive la sanación en una forma colectiva sin alucinaciones. Un extraño caso de sentido común.

Ahora estos modelos nunca fueron y serán asi como los describo. Inicialmente el modelo llamado occidental tenía en su base filosófica teorías como la de los humores y otras, también se organizaba en pos de una medicina social en algunos periodos de la realidad sociopolítica latinoamericana, pero siempre poniendo al sujeto como objeto de beneficios sociales para asegurar la producción según el modelo de desarrollo imperante y sin abrirse a nuevas explicaciones de los fenómenos de salud y enfermedad como parte de la reproducción social y cultural de una sociedad. Esto debido a la llegada al mundo de modelos neoliberales de concebir la vida y la muerte.

Por otra parte los modelos originarios resisten porque están basados en el sentido común y se sumergen en lo más profundo de las conciencias comunitarias y cada cierto tiempo despiertan espíritus para nuevos terapeutas, pero el mundo neoliberal los comienza a rodear poco a poco. Ya no transita libre ese conocimiento y por lo tanto se sumerge mas y mas, y comienza a ser reemplazado o categorizado o taxonomizado y descontextualizado. Osea se comienza con peligro a mi juicio, a emplear modelos de categorización occidentales, cartesianos para entender el sentido común.

Esto ha llevado a varias situaciones. La que más me preocupa es la desvinculación de los líderes naturales de los pueblos originarios, respecto de sus bases. Esos líderes que renacieron con la conmemoración de los 500 años y hoy están lejos de la madre tierra (como concepto holístico) producto de las tentaciones del mercado. O terapeutas que se han formado sin la rigurosidad de procesos rituales (aunque a algunos no les guste la palabra) que antes eran profundos y enraizados en la trascendencia. Situación que también le ocurre a planificadores de salud y terapeutas occidentales. La parcelación del desarrollo ha llevado a generar Programas Especiales para Pueblos Indigenas, cuando en la realidad las redes de salud occidental , con y sin cobertura suficiente, llegan a esas mismas comunidades sin ser pertinentes en su accionar. O sea, la red no es pertinente y los “programas especiales” son escasos en recursos y casi siempre entrampados en la burocracia de los estados no indígenas. De nuevo aparece la comunidad inmovilizada, disgregada y dependiente. Cuando el sentido común indica que pareciera que las cosas hay que hacerlas de otra forma. Pero los gobiernos en muchos lugares no quieren que la gente se organice y movilice. Quieren ser ellos los padres y consejeros, para así ser países con buen rostro para inversiones extranjeras. Muy complejo todo esto. Se va así generando paternalismo y dependencia. Dos desequilibrios que tienen a los pueblos inactivos.

Por otra parte el rol que deben jugar las universidades y las instituciones formadoras de personas que trabajaran en las redes de salud occidental, me parece fundamental. “Invitaciones van, invitaciones vienen” , dijo una participante al referirse a las siempre buenas intenciones de las autoridades universitarias y que al parecer por años se mantienen estas intenciones pero no hay avances en la práctica. Creo que para este sector es importante el reflexionar sobre los conceptos de salud y desarrollo, asi como la enfermedad y la muerte, para llegar en un proceso probablemente largo a deconstruir la visión biomédica, dicotómica, cartesiana de un proceso donde las “causas de la causas” hoy son vitales de tomar en cuenta para abordar integralmente y pertinentemente el tema de la formación en salud. Aquí toma especial importancia la Investigación-acción-participativa o las metodologías de análisis como la SAS2, donde en forma colaborativa con la comunidad se puede ir aprendiendo para generar una epidemiologia mas liberadora que la habitual epidemiología estigmatizadora de las poblaciones originarias y otra serie de indicadores.

La expresión en el cuerpo somático como signo o síntoma de un desequilibrio requiere muchas veces de una acción rápida y salvadora , que puede entregar la medicina occidental, pero muchas veces la causa de las causas de ese desequilibrio las entienden y por lo tanto, las abordan los terapeutas comunitarios a través de distintas técnicas. Es

en la persona donde se complementan los saberes. Muchas veces la gente sabe eso y sigue caminos autónomos de sanación , donde complementan practicas. Es en estos aspecto que los estudiantes deberían participar, en el sentido común de los caminos de sanación que siguen los pueblos, ya que asi la lógica de la realidad llevara a tener que re estructurar mallas curriculares y generar alianzas estratégicas con diversas ciencias del desarrollo. Seguir con la pirámide jerárquica biomédica jamás lograra una complementariedad. Es necesario incluir personas y familias "docentes" que pertenezcan a la comunidad. La gente no puede solo seguir aportando con enfermedades y muertes para la formación del personal , sino que también con su participación compartiendo conocimientos. El concepto de reciprocidad que más de algún colega menciono de forma insistente, se hace aquí necesario de practicar.

El rol del ministerio de salud como ente regulador técnico administrativo debe abrirse a repensar las políticas publicas de salud, teniendo en cuenta que una política "impertinente" culturalmente genera iaotrogenia e insatisfacción tanto en el usuario como en el personal. Esto sucede en toda Latinoamérica, mas aun después de la iniciativa SAPIA, que la OPS recomendó para los gobiernos. Este tema es muy importante de reflexionar. La instalación de Unidades Intercultrales, Oficinas u otra denominación en los Ministerios de Salud fue y sigue siendo un temazo al interior de estas estructuras. Ministerios acostumbrados a un rol técnico normativo se enfrentan ahora a una realidad epidemiológica donde los determinantes socioculturales cobran cada dia mas importancia, por lo tanto la mirada debe cambiar hacia la interpretación de los fenómenos locales. Dejar de pensar macro, para aprender de la realidad local. De otra forma estas Unidades pasan a ser una unidad mas, tal como su nombre lo indica, una unidad dentro de muchas unidades, cada una con su presupuesto y con poca permeabilidad entre ellas. Cuando en países donde la población beneficiaria mayoritariamente es indígena y por ende intercultural hace años, los planes y programas deberían ser pertinentes en su totalidad. Esto que parece fácil escribir y pensar pasa nuevamente por detenerse , re pensar la salud y avanzar a un modelo incluyente para construir un paradigma propio según realidad. Dura tarea para una Unidad de Salud Indigena o como se llame. Sus aliados están tanto dentro como fuera de los ministerios y están expectantes de que se materializen reivindicaciones ancestrales. Lo cual tiene varias miradas también.

Me impresiona la sabiduría y la sencillez de los terapeutas Mayas, personas con sentido común y gran entrega. Con espíritus de sanación heredados y por lo tanto en este paso por esta realidad relativa llamada vida, ellos y ellas saben que su rol es aportar al bienestar de los demás. No hay contradicciones ni pensamientos teóricos al respecto. Si Don Miguel es capaz de ser sobador de huesos, guía espiritual y saber usar las inyecciones y otros remedios, es porque así se debe construir la interculturalidad de sentido común. Seguir pensando que los terapeutas indígenas solo deben hacer los que se supone que la cultura estática les obliga, creo que es un error. Esta posición solo agrava la distancia entre ambos modelos, que la final ni siquiera son "ambos" en las personas que habitan nuestros territorios. Hay un solo paradigma que ellos han ido construyendo dinámicamente y del cual ni imaginamos muchas veces su potencialidad. Lo que nosotros acá llamamos en Mapudungun , "we kimun", el pensamiento nuevo, el pensamiento moderno de cómo hacer que la salud se reproduzca socialmente, vuelva a ser parte de la dinámica de los pueblos y genere bienestar a todos, a partir de concebir la enfermedad como un llamado de atención a la conducta individual, social y comunitaria y que además es parte de la sanación individual y colectiva. Seguir pensando en que el modelo es "anti", antifebril, antiemético, anti etc, muchas veces genera mas iaotrogenia al disminuir defensas y evitar la expulsión del "mal" que aqueja. Esto lo tiene claro la medicina originaria y además ha sido capaz de integrar nuevos conocimientos para el equilibrio en salud y en el desarrollo.

Las ideas están sobre la mesa del foro taller y todos nos hemos comprometido a hacer lo posible por la complementariedad. Esto en base al respeto, ecuanimidad, amor y reciprocidad entre todos nosotros.

Muchas gracias por permitirme participar en este foro taller, pues este tema es también preocupación nuestra en Chile y en otros países latinoamericanos. Seguramente en un rato mas o quizás mañana , la dinámica de estos temas me harán pensar en otras ideas. Eso es lo bonito del pensamiento colectivo.