

LA GRAN ILUSION DE LA OBJETIVIDAD

INTEGRACION DE LA MEDICINA TRADICIONAL A LOS PLANES DE SALUD

Margarita Peláez (Socióloga)
Fernando Uribe (Antropólogo)

INTRODUCCION

Este trabajo se elaboró para ser presentado a las segundas Jornadas de Salud y Sociedad, organizadas por la Universidad de Antioquia y el grupo Salud Colombia de Medellín, en septiembre de 1983. Dichas jornadas han tenido como objetivo principal la reflexión sobre el estado de salud y la prestación de los servicios de ésta en nuestra sociedad; partiendo de los enfoques y análisis que diferentes disciplinas tanto médicas como sociales han hecho al respecto.

El presente artículo analiza los planes de integración o utilización de las diferentes formas de medicinas tradicionales, por parte de las instituciones oficiales de salud en los planes estatales de atención en salud en nuestro país. Para esto se parte de una somera caracterización socio-económica del país en la fecha. En la actualidad los planes políticos de desarrollo socio-económico han variado sustancialmente, pero no lo han hecho de igual manera los resultados. Así en el campo de la atención en salud y en lo que respecta a la ampliación de la cobertura de dicha atención, no es fácil observar variaciones significativas. Tampoco se han aplicado alternativas sustancialmente diferentes con respecto a la utilización de otras medicinas no oficiales en la solución de los graves problemas de salud que aquejan al pueblo colombiano.

En este sentido, creemos los autores que las opiniones aquí expresadas conservan su actualidad y validez, como la expresión de algunos puntos de vista producto de nuestra experiencia investigativa.

Los Autores

INTEGRACION DE LA MEDICINA TRADICIONAL A LOS PLANES DE SALUD

Para entender el estado actual de la medicina tradicional y las implicaciones de las medidas gubernamentales en el momento, partiremos por ubicar nuestra situación social, ya que sería la única forma de entender los rasgos particulares del país en el conjunto de los países latinoamericanos, y explicar su situación de salud.

“La ampliación de la cobertura de la medicina institucional y su mejoramiento técnico no resuelven la problemática de salud colectiva de la sociedad. Es así porque, por un lado, la medicina, tal como se practica, adolece de serias limitaciones, tanto por su enfoque como por el trato que se da al enfermo. Por el otro, las diferencias que se observan entre las distintas clases sociales en cuanto a su manera de enfermar y morir tiene, en última instancia, poco que ver con los servicios médicos y mucha relación con la organización de la sociedad y con el papel que cada clase desempeña en ella”(1).

“Los períodos de crisis son, en una perspectiva histórica, períodos de transición, de reestructuración económica, política y social”(2). Veamos que ha pasado en Colombia. Para este año (1983) la economía colombiana se encuentra “traumatizada”. Se calcula que el crecimiento de la economía sólo alcanzará al 10/o. En 1982 el crecimiento de la producción industrial no llegó a esta cifra del 10/o. En este año ha sido negativo. El estancamiento manufacturero viene de los últimos años. La recesión afecta básicamente al sector textil y al metalmecánico que son las fuentes principales de la industrialización.

(1) CONTI, Laura. Introducción al libro de Mario Timio, *Clases sociales y enfermedad*. Ed. Nueva Imagen. Pág. 11.

(2) A.C. LAURELL, M. Márquez. *Crisis y Salud en América Latina*. Septiembre, 1982.

La agricultura en los dos últimos años ha tenido un crecimiento inferior al 10/o. Las áreas sembradas han disminuido en los siguientes cultivos básicos; algodón, arroz, sorgo, soya, maíz, papa. Las importaciones agropecuarias de 1982 superaron a las de 1981 y las exportaciones se redujeron al 220/o.

Esta crisis se ha reflejado en la reducción de los ingresos oficiales y privados, con lo cual se ha reducido la capacidad de compra de personas y empresas. La recesión proviene en gran parte del deterioro del aparato productivo, del estancamiento de la inversión y de la desviación del ahorro privado a actividades especulativas.

El país venía con unas tasas de crecimiento económico superiores al promedio de los países desarrollados (50/o) pues su economía crecía a un ritmo del 70/o. En los dos últimos decenios, la capacidad instalada de energía eléctrica se ha multiplicado por trece, la red de carreteras se ha doblado, las vías pavimentadas también han aumentado grandemente, preparando al país para un rápido crecimiento capitalista.

Era un momento para esperar mayor crecimiento ya que los ingresos por exportaciones eran cuantiosos; subían las reservas internacionales. ¿Qué pasó con la economía? ¿Dejó de crecer cuando todo indicaba lo contrario? Para algunos especialistas estas contradicciones pueden explicarse entre otras razones por: "Las actividades productivas quedaron lesionadas por las excesivas alzas de sus costos de producción, por la competencia abundante de productos importados y la desaparición de estímulos a la industria nacional". Además el ahorro del sector público casi desapareció(3).

Colombia a diferencia de otros países en América Latina no practicó el modelo de apertura plena a las finanzas internacionales, lo que llevó a otras naciones a un endeudamiento exagerado. Pero aquí la especulación financiera colmó todas las expectativas al desviar recursos y estancar las actividades del agro y la industria.

La crisis mundial del capitalismo en el marco general en que se desenvuelven los países latinoamericanos, ha experimentado en los últimos años los mismos problemas que el capitalismo central, agregando la particularidad de la destrucción cada vez más evidente de la agricultura de

(3) MENDEZ MUNEVAR, Jorge. "La demorada reactivación". *El Espectador*. Marzo 20, 1983.

subsistencia y el acelerado empobrecimiento de la población con la pérdida del valor real de su salarios.

Estos desfases en lo social y en lo económico, necesariamente tienen su manifestación en la situación actual de salud.

SITUACION DE SALUD

A grandes rasgos podemos decir que el país vive en el momento actual una transición epidemiológica, caracterizada por un incremento acelerado de las muertes por enfermedades crónicas, que han sido patrimonio de los países desarrollados. Al lado de este fenómeno persisten las enfermedades carenciales y transmisibles que hasta hace poco eran las mayores causantes de la mortalidad en Colombia.

El 65o/o de las muertes ocurridas en nuestro país son por las siguientes ocho causas: enfermedades cardio y cerebro-vasculares, neumonías, bronquitis, cáncer, diarreas, causas perinatales, suicidios y homicidios, deficiencia nutricional y accidente por vehículos de motor.

Es importante señalar como las muertes violentas ocupan el segundo lugar entre las causas de mortalidad. La violencia cotidiana del desempleo, el hambre, la desnutrición, la discriminación, llevan a que nuestro país presente como la primera causa de muerte en varones de 15 a 45 años el homicidio. En 1981 se produjeron 1542 homicidios.

Según datos del Ministerio de Salud se atendieron en dependencias adscritas al mismo, los siguientes casos: esquizofrenia 24.484, neurosis 16.656 casos. (La estadística no comprende datos de la seguridad social, caja de previsión social, ni de médicos particulares). Se denuncian 30 delitos sexuales diariamente. Se calculan 2.000 abortos diarios.

Estamos ante un fenómeno de transición demográfica y social dirían algunos, por lo tanto, es necesario explicar esta transición en el perfil epidemiológico. Sin embargo, es un hecho que merece la pena que se reflexione, que llena de preocupación. Los accidentes y las muertes violentas aparecen como la primera causa de muerte en la población de edad productiva. ¿No son estos fenómenos de patología social? No sólo hay que buscar las causas en los procesos laborales, sino también en la tensión que genera un salario decreciente y una inseguridad laboral creciente cuando no la imposibilidad de conseguir trabajo.

La desigualdad en el desarrollo socio-económico la podemos ver claramente con las actuales tasas de desempleo, de analfabetismo, de déficit de vivienda y nutricional.

En algunos lugares del país: Chocó, Vichada, Arauca, Putumayo, Caquetá y Guaviare, se señala como la principal causa de egresos hospitalarios el paludismo con 45.000 casos en el último año. El Ministerio de Salud Pública reportó para el año 81, 450.000 casos de enteritis, 22.000 casos de TBC y 57.500 de venéreas. Estos son datos que no tienen en cuenta los problemas de subregistro y de no acceso a los servicios de salud institucionales.

LA MEDICINA TRADICIONAL Y LOS PLANES DE SALUD

Teniendo en cuenta este panorama general, planteamos las propuestas oficiales para la atención en salud para sectores tradicionalmente sin acceso al recurso institucional, que se inscriben dentro del planteamiento general de la Organización Mundial de la Salud de alternativa de ampliación de cobertura en la atención en salud, en países en desarrollo y para sectores sin servicios. En esta propuesta de ampliación de la cobertura con base a la atención primaria en salud, se plantea la utilización del recurso médico no institucional. En este nivel entonces, se inscriben las políticas de integración de la Medicina Tradicional.

Es necesario analizar los motivos que llevaron al planteamiento de esta política, para entender si estas propuestas llevan realmente a la participación del beneficio social y en salud de los grupos sociales a los cuales va dirigido un plan de salud, o se deben a las necesidades de concentración de poder para garantizar el dominio público, la sujeción ideológica y la explotación de amplios sectores de la población.

Los planes de salud se han transformado en proyectos políticos de clase y necesidades del desarrollo del capital en nuestro medio. Prueba de esto es la extensión de cobertura dirigida a los grupos al proceso productivo ya que las necesidades actuales del sistema son llevar las relaciones capitalistas al agro colombiano, tratando de disminuir las tensiones producto de la desigualdad social con programas como el DRI, el PAN y la extensión de cobertura con participación de la comunidad.

LA ATENCION PRIMARIA EN SALUD Y LA MEDICINA TRADICIONAL

A partir de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud, realizada en ALMA-ATA, Unión Soviética, en septiembre de 1978, con el patrocinio de la OMS y UNICEF, con la participación de 134 países incluido el nuestro, se empieza a diseñar una serie de planes y estrategias para hacer realidad los diferentes puntos sobre los cuales recalca dicha conferencia como aspectos prioritarios para la ampliación de la cobertura de la atención en salud, como son: “la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos de todo el personal de salud y de desarrollo, y de la comunidad mundial, para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo”, partiendo de las premisas de que la salud es “un derecho fundamental” de que “la grave desigualdad existente en el estado de salud de la población es política, social y económicamente inaceptable”, de que “la promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para el desarrollo económico y social sostenido, y para contribuir a mejorar la calidad de la vida y alcanzar la paz mundial”, que “el pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y atención de la salud”, que “los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas”, y de que “es posible, mediante la atención primaria en salud, lograr para toda la población, en el año 2.000, un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva”.

Dichos planes y estrategias tienen en cuenta la definición que en esta conferencia se dio sobre la atención primaria en salud, como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde

residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”(4).

Para lograr los objetivos en dicha conferencia se plantea entre otras la alternativa de la utilización del recurso no institucional, es decir, el apoyo en los diferentes recursos de salud que las comunidades emplean, por fuera del sistema nacional de salud, en el caso de que fuere necesario, bajo los siguientes parámetros:

1. La atención primaria en salud debe estar al alcance de todos los individuos de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar.
2. Se basa entre otros (la participación de la comunidad) en personas que practican la medicina tradicional en la medida en que se necesitan, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico.
3. Impulso a la utilización de remedios tradicionales de eficacia comprobada.

De dichas conclusiones podemos extraer algunos interrogantes:

1. Se busca ampliar la cobertura de la atención primaria en salud, para lo cual entre otros mecanismos, se empleará el concurso de la Medicina Tradicional. ¿Será que la Medicina Tradicional va a ser en gran parte el recurso médico para el sector de la población excluido de los servicios médicos institucionales? (35o/o de la población colombiana aproximadamente). ¿Cuál sería entonces la variación en este caso con la situación vivida actualmente en tanto la medicina tradicional históricamente ha sido el recurso médico para este sector de población excluido? Si esto es así, no se plantea una modificación significativa en el estado actual de la cobertura de la atención en salud, pues los servicios institucionales seguirán siendo para los sectores de mayores ingresos económicos, o para mantener en buen estado la fuerza de trabajo y la medicina tradicional para gran parte de los sectores de bajos ingresos, más aislados y menos productivos.
2. Ese control o adiestramiento social y técnico se ha manejado en algunos momentos por la OMS en sus políticas de integración, que

(4) OMS y UNICEF. *Atención primaria de salud*. Informe de la Conferencia Internacional de Atención Primaria en Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12, septiembre de 1978. Ginebra, 1978.

en última instancia han sido formas de imposición de un modelo de pensamiento considerado superior persé, o sea la imposición de una técnica médica, una concepción de la enfermedad y una determinada mirada del mundo y la sociedad, sin tener en cuenta realmente en muchos casos las necesidades y aspiraciones de estos grupos marginales pero que poseen formas de organización social y una dinámica cultural propias. Estas políticas de integración ya han mostrado su ineficacia y se han convertido más bien en elementos desintegrados y generadores de otros tipos de problemas.

LA MEDICINA TRADICIONAL EN COLOMBIA

*"No me gusta el candomblé
porque es fiesta de hechiceros,
pero si algo me duele
yo estaré entre los primeros"*

Jorge Amado. Tienda de los Milagros

La medicina tradicional es tan antigua como la cultura. Todo grupo humano y toda sociedad se ha explicado de alguna forma la enfermedad y consecuente con dicha explicación ha desarrollado formas de contrarrestarla. Esta constituye la primera forma de medicina y en nuestro caso para amplios sectores de la población es la única, teniendo en cuenta lo ya expresado antes, de que un 35o/o de nuestra población no tiene acceso a la medicina institucional, dado que no existe un presupuesto nacional para el sector salud que sea suficiente para atender la demanda de servicios de salud de toda la población. La cantidad y la calidad del personal médico y paramédico es deficiente. Se estima una relación de un médico por 1.800 habitantes, pero esta estadística no nos muestra toda la realidad en tanto se presenta una alarmante concentración del recurso en las grandes ciudades y sectores de mayor desarrollo capitalista, además de la concentración del recurso en el sector de mayores ingresos. Y que decir de la capacitación del recurso institucional cuando el mismo Ministro de Salud afirma: "El 42o/o de los médicos ha buscado especialidades sin demanda, mientras los problemas reales en salud carecen de especialistas. Entre ellas anestesistas, traumatólogos y geriatras. (La población colombiana mayor de 60 años es de un millón y medio de personas)... En la enseñanza se desconoce el plan nacional de

salud, y en consecuencia tampoco se imparten cátedras sobre la realidad del país, sobre nuestra patología colombiana”(5). En síntesis, podemos decir que existe un amplio sector de la población que continúa siendo excluido de las ventajas que conlleva el desarrollo social, con escasa participación en la vida nacional, que no tiene acceso a los servicios de salud estatales, como tampoco al conocimiento médico desarrollado por la sociedad en su conjunto. Se trata de un mecanismo de exclusión social que se expresa según el Estado en relación a servicios de salud en limitaciones de tipo económico, inaccesibilidad geográfica y razones socio-culturales.

Existen en Colombia grupos sociales que viven en el límite de su subsistencia, incluso algunos con mínimos contactos con la sociedad de mercado, como los grupos indígenas de las regiones selváticas que se apropian de los productos de la caza, la pesca y recolección y en escasa medida la producción de alimentos que difícilmente alcanzan para ser comercializados. También otros grupos indígenas y campesinos (colonos) viven del producto de la explotación de pequeñas parcelas de autosubsistencia.

Son grupos que por la dinámica del proceso de desarrollo capitalista, se encuentran aislados de los centros de servicios, excluidos de las ventajas del desarrollo social, en tanto son sectores poco rentables, sin mayor interés para el capital.

Teniendo en cuenta estas condiciones socio-económicas, es difícil pensar que estos sectores posean los recursos suficientes para satisfacer las necesidades básicas, entre ellas las de atención en salud. El Estado ha planteado su dificultad para la prestación de sus servicios allí por motivos de alto costo y dificultad de acceso; es decir, en otros términos por la poca rentabilidad que tendrían. No es de extrañar que sea en estos sectores donde se estén originando los mayores conflictos sociales.

Según el actual ministro de salud del país, la mayoría de los colombianos carecen de una eficiente atención médica. El 75o/o de los médicos se concentran en las cuatro grandes ciudades, habitadas por ocho millones de personas, mientras la población restante —19 millones— es apenas atendida por cuatro mil profesionales de la medicina, con el agravante de que su distribución en el territorio nacional no es equitativa, pues existen regiones del país donde escasamente hay médico(6).

(5) EL TIEMPO, Diario de Bogotá, D.E. Marzo 20 de 1983. Págs. 1A y 11A.

(6) Idem.

Es claro también que falta por parte del personal de salud, un mayor conocimiento de las características socio-culturales y la Medicina Tradicional de nuestra población. El personal de salud es extraño a las costumbres y creencias de gran parte de la población. Son muy hondas las diferencias de clase e intereses.

El ministerio de salud reconoce por ejemplo, que "se carece de personal de salud con suficiente mística y con actitud positiva para trabajar en comunidades indígenas, dado que esto implica su desplazamiento a regiones inhóspitas y con escasos recursos de toda índole; por otra parte, dicho personal no está compensado con un plan de incentivos que al menos estimule su permanencia en la región"(7).

Todo este estado de cosas hacen que en el momento actual el peso real de la medicina tradicional en Colombia sea de unas proporciones bastante significativas, como recurso de nuestra población que está ubicada en las regiones más apartadas de nuestro territorio, o en las zonas marginales de las grandes ciudades.

Existe otro gran porcentaje de población que si bien aparece como cubierta por la medicina institucional en cualquiera de sus formas, en determinados momentos y por distintos motivos recurren a diversas formas de medicina tradicional. La medicina estatal cuya capacidad de cobertura alcanza a un 35o/o de la población, no llega realmente a satisfacer las demandas de estas personas en tanto muchas veces se encuentra subutilizada por diversos factores entre los cuales, hemos detectado en algunas investigaciones(8), está la desconfianza e inseguridad con los servicios que allí se prestan y con la atención brindada por el personal de la institución. No es raro en Colombia que existan mujeres que teniendo el hospital a la vuelta de la esquina, prefieran llamar a la partera para que les atienda su parto en la casa. En Colombia el 60o/o de los partos son atendidos por parteras empíricas.

La medicina privada en nuestro país es bastante excluyente, su cobertura alcanza a un 15o/o de la población. Incluso que buena parte de este porcentaje no hace uso de sus servicios sino en casos considerados por

(7) Ministerio de Salud. *Marco programático para la prestación de servicios de salud en comunidades indígenas de Colombia*. Bogotá, D.E., 1979.

(8) CFR. Peláez, M. y Fernando Uribe. *Creación y prácticas sobre la concepción, la gestación y el parto*. Municipio de Caldas, Antioquia, 1980.

ellos como de mayor cuidado. Para las enfermedades leves entonces, se recurre al "yerbatero", al farmacéutico, al curandero, al chamán, etc.

La seguridad social alcanza una cobertura del 10o/o de la población. Este servicio recibe constantemente críticas por parte de sus afiliados y es objeto también de desconfianza, lo que hace que su uso sea selectivo, dejando así un espacio que es llenado por las diferentes formas de Medicina Tradicional. Es posible entonces que la persona antes de ir donde el médico haya ido donde el curandero o que termine su búsqueda de la salud donde éste último.

El panorama de la atención en salud en nuestro país lo podemos resumir diciendo que si bien la Medicina Tradicional presenta un nivel de desarrollo técnico y científico menor, su cobertura es de gran significación. Su concepción del proceso salud-enfermedad con todas sus variaciones dependiendo de la cultura de los diferentes grupos humanos que conforman nuestra nación, es mucho más accequible para la población. Puede ser este su punto fuerte, pues si bien en la Medicina Institucional se habla de un respeto a las diferentes formas de atención médica, en la práctica ha entrado arrazando con creencias y prácticas que no encajan dentro del modelo de la técnica médica institucional, dentro de su concepto de salud-enfermedad y su proceso de confrontación científica.

La diversidad cultural nos permite registrar un panorama que se resume en la existencia de una gran variedad de formas de atención en salud, desde las que explotan elementos mágico-religiosos con fines terapéuticos hasta los que con igual finalidad emplean productos vegetales y animales o distintos procesos técnicos. Sus agentes de salud se encuentran en todos los puntos de nuestra geografía, desde el lugar más inhóspito y apartado, hasta en los barrios y el centro de las grandes ciudades.

LAS POLITICAS ESTATALES CON RESPECTO A LA MEDICINA TRADICIONAL

No existe una política por parte del Estado que especifique el campo de acción de la Medicina Tradicional y la relación con los planes estatales de salud. Sólo se plantean algunas directrices emanadas del Ministerio de Salud para la prestación de servicios en zonas donde no ha llegado antes la acción médica estatal o donde el predominio de la Medicina Tradicional es significativamente mayor. Se plantea la necesidad de ofrecer programas de prestación de servicios de salud de atención primaria, que

se adapten a la estructura organizacional, política, administrativa y socio-económica, en tal forma que se respeten los valores, tradiciones, creencias, actitudes y acervo cultural. Para lograr esto se plantea la necesidad de realizar estudios previos que permitan conocer la situación cultural, socio-económica y sanitaria y la concepción de la enfermedad. Se traza como directriz principal la integración de la medicina tradicional con la medicina institucionalizada.

Esta integración ha consistido fundamentalmente en la capacitación en el manejo de algunos procesos técnicos básicos para este primer escalón en la atención médica. Se selecciona así el personal de promotores de salud entre otros, teniendo en cuenta los diferentes agentes de salud como parteras, yerbateros, etc. Sin embargo como no ha existido una política coherente en este sentido, los resultados no son del todo positivos. La integración se ha convertido en la mayoría de los casos en un proceso de imposición cultural. Una sociedad dominante que impone su manera de ver el mundo a otra que debe aceptar sin mayor crítica, ésta que se supone es la verdad. Se da un despojo cultural.

La Medicina Tradicional es considerada en algunos casos como mítica y con este calificativo se niega su validez(9) y se justifica la imposición. Los procesos de conocimiento sistemático que pueda lograrse en formas de Medicina Tradicional en gran medida son negados por la carencia de elementos lógicos y racionales de acuerdo a la otra mirada. Esta integración se ha constituido por lo tanto, en un factor de discordia y rechazo o en algunos casos ha generado cambios sin ningún control. Los programas de capacitación de parteras por ejemplo, según los resultados de las evaluaciones parciales que se han hecho, muestran como en algunos casos han provocado el desplazamiento de este recurso médico que ya capacitado busca trabajar en otro sector con mejor capacidad de pago, en otros casos este personal se "especializa" en remitir pacientes a un segundo nivel de atención insuficiente donde se crea de hecho una situación de congestión.

Sin embargo no en todos los casos se ha seguido la directriz de la capacitación. Se ha presentado también una abierta persecución al saber tradi-

(9) La resolución 10013 de 1981 del Ministerio de Salud, que reglamenta la prestación de los servicios de salud en las comunidades indígenas, parte antes de realizar cualquier estudio al respecto de considerar que el indígena tiene una concepción mítica de la enfermedad y la salud.

cional. Con respecto a los empíricos en odontología el poder médico se ha logrado imponer incluso sobre las políticas del Estado cuando se plantea:

“El que ejerza ilegalmente la odontología, esto es, sin tener el título de idoneidad conforme a lo previsto en el artículo 2o. de esta ley, o sin tener autorización legalmente expedida para tal ejercicio, incurrirá en prisión de seis (6) meses a dos (2) años, responderá civilmente por los perjuicios causados y sufrirá la pérdida del equipo y elementos utilizados para el ejercicio legal, en beneficio de las entidades “oficiales de salud pública”. Esta ley eleva a la categoría de delito el ejercicio de los empíricos, y al decomiso de bienes de trabajo (tan respetados por la constitución nacional y por la carta de los derechos humanos)(10).

La anterior es una muestra clara del carácter contradictorio del sistema. Los planes de desarrollo e integración de la Medicina Tradicional, chocan con los intereses clasistas de los planificadores en salud, cuando se trata de canalizar recursos por parte de la población. Son contradicciones entre los planes (el discurso estatal de la planificación) y la práctica. La ineficacia de estos planes, como dice Gaete Castañón (1977:58) obedece a “la progresiva e ineludible restricción del mercado de trabajo para los profesionales de salud, la vinculación clara y cierta de la medicina con el aparato productivo y las necesidades que allí se plantean; y, por último el carácter abiertamente clasista y antipopular que adquiere esa medicina, y la presión, que por lo tanto, levanta en los medios proletarios(11).

Veamos una forma concreta como se expresa esta contradicción: En la ciudad de Medellín, la Secretaría de Salud Municipal a cargo del odontólogo Augusto Arango Calderón, acaba de emitir la circular 011-83 que se argumenta, “es con el ánimo de acabar con charlatones, agoreros y adivinos que explotan la buena fe de las personas”. Se aduce también, “que las personas mencionadas se dedican a hacer consulta sin ningún criterio científico y sin ningún título de universidad reconocido por el Estado”. Se apoya esta circular en la ley 14 de 1962 que dicta normas relativas al ejercicio de la medicina y la cirugía y que en algunos de sus aportes dice: “Sólo pueden anunciarse o presentarse al público como

(10) PELAEZ, Margarita. El empirismo en odontología. Municipio de Bello, Antioquia.

(11) Citado por: Cordeiro, Hesio y Zavaleta Herman. *Análisis de la práctica médica actual en América Latina. Alternativas y tendencias*. Rev. Centro Americana de Ciencias de la Salud. No. 13, mayo, agosto de 1979.

especialistas en una rama de la salud los que posean título correspondiente a la especialidad de que se trate". Lo que en un primer momento aparece como una medida de control de charlatones, agoreros y adivinos, se va convirtiendo en un mecanismo de represión a todas las formas de Medicina Tradicional, en tanto empíricos, y sobre todo adquiere mayor expresión en el caso de los teguas en odontología.

Dice el odontólogo Arango Calderón, "que se tienen detectados cerca de 80 teguas que practican la odontología sin licencia y sin diploma alguno, lo cual será objeto de estricta vigilancia para evitar que continúen en tal actividad".

Por último considera el Secretario de Salud que esta campaña no causará problemas sociales, "porque hoy en día han aparecido muchas entidades que prestan servicios odontológicos y profesionales a muy bajos costos". ¿Se trata entonces de la existencia de iguales posibilidades de acceso a los servicios por parte de los diferentes sectores de la sociedad? ¿Además nuestra sociedad sí es capaz de proveer suficiente personal capacitado para ofrecer servicios a todos los sectores sociales teniendo en cuenta accesibilidad económica y geográfica del servicio y conocimiento cultural de los diferentes grupos sociales hacia los cuales se dirigirá la mirada?

Cuando señalamos como peligrosas e ineficientes, por no decir condenadas al fracaso, las políticas del Estado, queremos subrayar que no es la oposición al avance de la técnica. Discrepamos sí, de aquellos que consideran que el desarrollo en una cuestión de intervención científica a cargo de expertos, y no una cuestión de organización social, apoyada en la participación popular.

"Todas las comunidades tienen normas culturales y sociales, intereses creados y división en clases, lealtades y envidias, pautas de liderazgo y sistemas de cambios, así como hábitos físicos y mentales asentados. En todas las comunidades hay compromisos psicológicos y culturales establecidos en función de posibilidades o necesidades pasadas y ninguna comunidad es una página en blanco en la cual los expertos llegados del exterior puedan escribir sus recetas para un futuro mejor"(12).

(12) "Inversión para la infancia: Justificación social y sentido económico". *Documentos 43. El Mundo*. Abril 23 de 1982.

En síntesis, corresponde al proceso histórico definir los cambios necesarios en la transformación de las relaciones sociales de producción y de poder, en donde el desarrollo social debe implicar un beneficio generalizado a toda la población, en donde sea ésta la que defina sus necesidades y a través de sus instituciones busque las mejores formas de prestación de servicios en salud.

No será entonces planteada así una oposición entre Medicina Tradicional y Medicina Institucional.

BIBLIOGRAFIA

1. O.M.S. y UNICEF. "Atención Primaria de Salud". Informe de la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, Alma Ata, URSS, 6 a 12 de septiembre de 1978. Ginebra, Suiza, 1978.
2. ESTRELLA, Eduardo. *La Medicina Aborigen*. Editorial Epoca. Quito, 1977.
3. EL TIEMPO. Diario de Bogotá, D.E., marzo 20 de 1983. Págs. 1A y 11A.
4. FOUCAULT, Mitchel. *La arqueología del saber*. S. XXI, Ed. México, 1972.
5. ———. "Crisis de un modelo de medicina". *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud*. 10/2, p. 152-185, 1976. San José, Costa Rica.
6. GUTIERREZ de P., Virginia. *La Medicina Popular en Colombia. Razones de su arraigo*. Facultad de Sociología, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, 1961.
7. "INVERSION PARA LA INFANCIA". *Documentos 43*. El Mundo, diario de Medellín. Abril 23 de 1982.
8. LAUREL, A.C. y Márquez, M. "Crisis y Salud en América". *Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud*. No. 21, abril 1982. Págs. 21 a 44. San José, Costa Rica.
9. LEVI STRAUSS, Claude. *El pensamiento salvaje*. F.C.E., México, 1972.
10. MARINI, Ruy Mauro. "América Latina ante la crisis mundial". *II Congreso de economistas del tercer mundo*. La Habana, 1981.
11. MENDEZ M., Jorge. "La demorada reactividad". *El Espectador*. Diario de Bogotá, marzo 20 de 1983.

12. "Marco programático para la prestación de servicios de salud en comunidades indígenas de Colombia". *Ministerio de Salud*. Bogotá, D.E., 1979.
13. Resolución 10013. *Ministerio de Salud Nacional*. Bogotá, D.E., 1981.
14. TELLEZ, Jorge. "La recesión económica mundial". *Revista Diners*. No. 152, noviembre de 1982. Págs. 22-25. Bogotá, D.E.
15. VASCO, Alberto. *Salud, Medicina y Clases Sociales*. Ed. La Pulga, 1974.