

La medicina tradicional como un modelo de atención integral en salud

Ana Vides Porras y Andrés Álvarez Castañeda

Departamento de Antropología y Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad del Valle de Guatemala
 anavidesp@gmail.com

En su artículo "La necesidad de un nuevo modelo médico", George Engel (1977) resaltó las limitaciones del modelo biomédico y promovió un cambio hacia el modelo biopsicosocial. Este último, además de enfocarse en la dimensión biológica del proceso de salud-enfermedad, está enfocado en los pensamientos, sentimientos y comportamientos relacionados con la salud y la forma en que estos están determinados por la sociedad y la cultura (Gurung, 2010). En este sentido, los factores biológicos, psicológicos y sociales afectan y están influidos por la salud de la persona. En consecuencia y considerando las diferentes dimensiones de la salud, la Organización Mundial de la Salud (2012) la definió como un "Estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad". Esta definición refleja el reconocimiento por parte de los profesionales de la salud de la importancia del modelo biopsicosocial y de tomar en cuenta el impacto de todas las dimensiones personales para comprender la salud y la enfermedad.

En muchas sociedades existen abordajes integrales que toman en cuenta varias dimensiones personales en lugar de enfocarse solamente en la presencia o ausencia de enfermedades físicas para determinar la salud (Gurung, 2010). Cada vez se da más importancia a la noción de salud como los efectos integrados del cuerpo, la mente y el espíritu, la cual es compartida por distintas tradiciones culturales (Pesek, Helton et al. 2006). Esta creencia subyace los principios de la medicina tradicional y en países en vías de desarrollo, la medicina tradicional es utilizada como una de las fuentes más importantes de atención primaria en salud (OMS, 2002).

Para los grupos indígenas, la salud se entiende en términos de la relación del individuo con la naturaleza, la comunidad y el mundo espiritual. En este sentido, el concepto de salud articula elementos físicos, mentales, espirituales y emocionales, tanto del individuo como de la comunidad, así como otras dimensiones económicas, políticas, sociales y culturales. Con el fin de promover la salud y prevenir la enfermedad, una comunidad indígena busca recuperar y mantener su equilibrio interno y externo (Naciones Unidas, 2010). Si este último se rompe, el cuerpo se enferma y la familia y comunidad pueden verse

afectadas. Para grupos en los cuales el paradigma centrado en la persona no es el dominante (Scholz, 2011), la enfermedad es algo más complejo que los síntomas presentados por el/la paciente. La explicación de la enfermedad es construida en comunidad por diversos actores/as que además comparten formas de definirla así como roles y responsabilidades dentro del proceso. La definición de salud como algo dependiente del contexto y de las relaciones sociales desde una perspectiva colectiva implica además de un aumento en el número de actores dentro del proceso, un incremento en la complejidad de las relaciones sociales. Esta dimensión colectiva del tratamiento médico trasciende en muchos sentidos el paradigma biopsicosocial, el cual a pesar de ser un enfoque más inclusivo es un constructo del pensamiento occidental y está basado en un sistema de salud que dista de ser el universal.

Desde esta perspectiva multidimensional de los procesos de salud-enfermedad, encontramos un abordaje por parte de los médicos tradicionales que responde a la enfermedad como un constructo complejo, con esferas individuales y colectivas y con distintos niveles de intervención. En este sentido, los médicos tradicionales atienden a la persona, la comunidad, el entorno y temas espirituales relacionados (OPS/OMS 2004). En consecuencia, el proceso de sanación incluye no solo la cura de enfermedades físicas sino también la mejora del bienestar general. Pero sobre todo, es importante recalcar que la escogencia del tratamiento está estrechamente relacionada con un entendimiento complejo de la génesis de la enfermedad (Reyes-García 2010).

La medicina tradicional maya parte de la misma base. Desde la cosmovisión maya, los conceptos de salud y enfermedad deben ser entendidos de forma holística y relacionados con el equilibrio en las relaciones en general. La enfermedad se entiende como un desequilibrio que puede manifestarse a través de sintomatologías de diversa naturaleza. La espiritualidad, por su parte, regula e integra los procesos de salud-enfermedad (Eder y García 2002).

El conocimiento sobre medicina tradicional es conocido etnocéntricamente como "medicina complementaria o alternativa", a pesar de que la OMS (2002) estima que el 80%

de la población mundial depende de estas modalidades tradicionales para recibir atención primaria en salud. En el caso de Guatemala, el sistema de salud es exclusivo, desigual e inefectivo, con un rol predominante del enfoque biomédico y sin ninguna consideración de las necesidades y contexto sociocultural (Fort y Morales 2004). Además, el 80% de los médicos trabajan en áreas urbanas. La cobertura en las áreas rurales es baja y alcanza niveles críticos en las comunidades indígenas (Estrada 2008). En los casos en que existe un nivel mínimo de servicios de salud disponibles, algunos constructos y prácticas fundamentales de los mismos se contraponen con aspectos culturales de gran importancia. Estas diferencias pueden resultar en una relación médico-paciente que está erosionándose constantemente por la falta de medios necesarios para lograr una comunicación efectiva. En este sentido, debe resaltarse que para lograr una comunicación efectiva hace falta más que compartir el mismo idioma lo cual ni siquiera es cierto en muchas comunidades indígenas del país.

Con un panorama tan desolador en cuanto al acceso a servicios de salud, vemos que los sistemas tradicionales de atención juegan un rol fundamental en la promoción de la calidad de vida de las comunidades, no sólo curando enfermedades sino resolviendo problemas individuales y colectivos y dando un sentido de continuidad y pertinencia. Todo lo anterior, en contraposición a un Estado incapaz de brindar estándares mínimos de calidad y atención y que ha sido ineficiente para abordar las diferencias culturales existentes en el país.

Luego de tomar en cuenta todos estos puntos podemos preguntarnos ¿cómo se relaciona la visión tradicional de los conceptos de salud-enfermedad con la búsqueda de un abordaje integral en salud? ¿Qué hemos aprendido y debemos aprender de los sistemas tradicionales para incorporar al movimiento de atención integral en salud?

Las relaciones personales en el cuidado de la salud son un componente importante del movimiento de atención integral en salud (Suchman 2005) y se consideran un foco importante de atención. Asimismo, la evolución de los conceptos de salud y enfermedad así como el reconocimiento de la necesidad de tener distintos niveles de análisis ha llevado al desarrollo del concepto de "Tratamiento Centrado en el Paciente". Este último incorpora factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales (Fuertes, Mislouck et al. 2007) y surge de la necesidad de considerar aspectos no biológicos de los tratamientos médicos así como de las limitaciones encontradas en el modelo biomédico (Mead y Bower 2000).

Mead y Bower (2000; 2002) proponen que este enfoque tiene cinco dimensiones que le diferencian del modelo biomédico: una perspectiva biopsicosocial, la consideración del paciente como persona, poder y responsabilidades compartidas, alianza terapéutica y consideración del médico como persona.

Se ha demostrado que la relación médico-paciente tiene efectos positivos en la salud de pacientes con enfermedades crónicas (Mack, Block et al. 2009). Los componentes nucleares de esta relación se han validado en la psicoterapia y se han adaptado a la investigación en medicina (Fuertes, Boylan et al. 2008). La medicina centrada en el paciente da prioridad a esta

relación basándose en los avances realizados en el campo de la psicoterapia, especialmente la alianza terapéutica, considerada un aspecto básico de los tratamientos psicológicos. En cuanto a la relación médico-paciente en la atención médica, Fuertes, Boylan et al. (2008) proponen que a pesar de que las habilidades y técnicas utilizadas por el médico son centrales para dar un tratamiento de calidad, los factores relacionales son esenciales para explicar la efectividad del tratamiento médico a nivel global.

La dimensión espiritual también juega un rol importante en los procesos de salud-enfermedad. Esta última está relacionada con las motivaciones y la calidad de vida de los/as pacientes y al igual que la relación médico-paciente, está relacionada con adherencia al tratamiento y los resultados del mismo (Rumbold 2007).

Por último pero no menos importante, tenemos la dimensión del apoyo social la cual ha mostrado ser extremadamente útil y estar relacionada con mejor salud, una recuperación más rápida y menor mortalidad (Gurung 2010). El apoyo social puede venir de diversas fuentes como familia, amigos/as, el/la médico/a o la comunidad (Sarafino 2008).

Todo el movimiento de toma de conciencia y atención integral en salud se ha desarrollado como una respuesta a la inefectividad del enfoque biomédico para abordar situaciones humanas que surgen en el proceso de salud-enfermedad. Sin embargo, estos avances se han hecho al margen del conocimiento tradicional ancestral que está desarrollado precisamente para abordar a la persona en todas sus dimensiones y complejidad. En este proceso se ha pasado por alto el conocimiento de distintas sociedades, en nuestro caso de la medicina maya, en un intento por descubrir desde una perspectiva occidental "el agua azucarada".

La medicina tradicional, la medicina maya, puede hacer un aporte importante para el enriquecimiento de la medicina convencional y enseñarnos a pensar de una forma sistémica en la cual somos individuos que forman parte de un continuo con la sociedad y que construimos y somos contruidos por nuestra realidad en un proceso que no acaba. Teniendo conciencia de que somos parte de un todo, tal vez algún día desarrollemos mayores vínculos de apego y solidaridad que se traduzcan en una mejora global de la salud física, mental y social.

Es importante comprender que el sistema de salud y la relación médico-paciente están incrustados en un contexto social particular. Lo anterior es clave para entender las complejidades implícitas en este proceso comunicativo. Al tomar en cuenta estas diferencias en un contexto diverso cultural y lingüísticamente como el sistema de salud en Guatemala, podemos lograr un cambio de perspectiva y mejorar la efectividad del tratamiento médico en términos de confianza y adherencia. En la dimensión de atención primaria en salud, tomar en cuenta otros enfoques puede llevarnos a construir una concepción intercultural de salud en la cual los distintos grupos étnicos tengan la posibilidad de acceder a tratamientos alopáticos y tradicionales en un ámbito en el que ambas medicinas sean valoradas y respetadas de la misma forma. Traduciéndose lo anterior, en un sistema de salud social y culturalmente pertinente con mayores índices de eficacia, adherencia, bienestar y calidad de vida para los/as pacientes.

Bibliografía

- Eder K, MM García (2002) *Modelo de la medicina indígena Maya Guatemala*, Asociación de Servicios Comunitarios de Salud (ASECSA) Servicio Alemán de Cooperación Social Técnica (DED) 120
- Engel G (1977) *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine* Science 196: 129-136
- Estrada G (2008) *Síntesis. El sistema de salud en Guatemala ¿hacia dónde vamos?* Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo Guatemala
- Fort M, L Morales (2004) *Una imagen objetivo para Guatemala. El sistema público de salud incluyente -SPSI-* Preliminar document Instancia Nacional de Salud: 78
- Fuertes JN, LS Boylan et al. (2008) *Behavioral indices in medical care outcome: The working alliance, adherence, and related factors* Journal of General Internal Medicine 24: 80-85
- Fuertes J N, A Mislowack et al. (2007) *The physician-patient working alliance* Patient Education and Counseling 66: 29-36
- Gurung RAR (2010) *Health Psychology: A Cultural Approach* Wadsworth Estados Unidos
- Mack JW, SD Block et al. (2009) *Measuring therapeutic alliance between oncologists and patients with advanced cancer. The human connection scale* Cancer 115: 3302-3311
- Mead N, P Bower (2000) *Patient-centredness: a conceptual framework and review of empirical literature* Social Science & Medicine 51: 1087-1110
- Mead N, P Bower (2002) *Patient-centred consultations and outcomes in primary care: a review of the literature* Patient Education and Counseling 48: 51-61
- Naciones Unidas, Foro permanente de asuntos indígenas, 14 de enero de 2010, ST/ESA/328, disponible en: <http://www.unhcr.org/refworld/docid/4b6700ed2.html> [accesado 22 de abril 2012]
- OPS/OMS (2004) *Salud: equilibrio y armonía en el individuo y en sus relaciones con la naturaleza* Salud Indígena
- Organización Mundial de la Salud (2002) *Traditional Medicine Strategy 2002-2005* Ginebra
- Organización mundial de la salud (2013) *Preguntas más frecuentes* Disponible en www.who.int/suggestions/faq/es [accesado 22 de abril 2012]
- Pesek TJ, LR Helton et al. (2006) *Healing across cultures: Learning from traditions* Ecohealth 3: 114-118
- Reyes-García V (2010) *The relevance of traditional knowledge systems for ethnopharmacological research: theoretical and methodological contributions* Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine 6
- Rumbold BD (2007) *A review of spiritual assessment in health care practice* Medical Journal of Australia 186: S60-S62
- Sarafino EP (2008) *Health Psychology: Biopsychosocial interactions* John Wiley Estados Unidos
- Scholz RW (2011) *Environmental literacy in science and society: From knowledge to decisions* Cambridge University Press, Cambridge
- Suchman AM (2005) *The current state of the biopsychosocial approach* Families Systems & Health 23: 450-452