

# LA MEDICINA TRADICIONAL INDIGENA

Leyla Garro Valverde\*

## Introducción:

Los modelos oficiales de atención en salud, que se brindan a los pueblos indígenas de Costa Rica, han tenido un pobre impacto en el mejoramiento de su situación sanitaria, lo cual se refleja entre otros, en altas tasas de mortalidad infantil, persistencia de morbilidad propia del subdesarrollo y deficiente saneamiento ambiental.

Los pueblos indígenas continúan acudiendo a sus "médicos tradicionales", parteras y otros recursos sanitarios autóctonos, en parte porque responden en mejor medida a sus demandas y, porque los servicios de salud oficiales no le son accesibles, geográfica, económica ni culturalmente.

Sin duda tanto el modelo oficial o modelo médico hegemónico, como el tradicional indígena, tienen bondades y limitaciones. Sus prácticas no son necesariamente excluyentes, más bien son complementarias, por lo que conjuntarlas redundaría en beneficio de toda la población, principalmente de la indígena.

Un cambio en la forma de atención es posible sin detrimento de ninguna de las prácticas existentes. No es necesario llegar a una integración de las mismas, pero la permanencia de ambas, demanda comprensión, respeto y apoyo mutuo, conservándose así la riqueza y variedad de las opciones.

Lo anterior es una de las motivaciones para escribir este artículo, el cual pretende llamar a la reflexión al personal de salud, para que al igual que ha considerado la multicasualidad de la enfermedad debe considerar la multiplicidad de respuestas, las cuales están fuertemente matizadas por la cultura.

Esta situación nos indica, que no necesariamente aquellas formas de respuesta que se desconocen deben ser etiquetadas como infectivas o poco serias, máxime cuando éstas han persistido a través de los años. Obviamente se excluyen de este análisis aquellas practicadas por charlatanes, las cuales no tienen ningún sustento técnico ni científico.

## Situación de Salud de los Pueblos Indígenas desde una Perspectiva Étnica

### Generalidades:

La población indígena de Costa Rica se estima en 35.000, el 1% del total, pertenecientes a 8 etnias: Cabécar, Térrabas,

Brunkas, Malekus, Bribrijs, Chorotegas, Huetares y Guaymies (Mapa 1)

Los indicadores de salud y desarrollo, dados a nivel nacional, perfilan a Costa Rica como un país privilegiado, con buenos niveles sanitarios.<sup>1</sup>

- Tasa de mortalidad infantil 15.3 por mil.
- Tasa de mortalidad general 3.8 por mil.
- Alfabetismo superior al 85%.
- Expectativa de vida de 75.2 años.

Sin embargo la ausencia de censos de población y estadísticas propias, para las zonas indígenas, dificulta conocer con certeza los verdaderos problemas de salud de este sector de la población costarricense. No obstante, tal como se señala en el siguiente cuadro, cantones como: Talamanca, Buenos Aires y Guatuso, conformados por población predominantemente indígena, figuran entre los cantones catalogados como prioritarios, por sus deficientes indicadores de salud y desarrollo.

CUADRO No.1  
ALGUNOS INDICADORES DE SALUD Y DESARROLLO  
CANTONES CON POBLACION INDIGENA  
COSTA RICA, 1986

CANTON	INDICADORES				
	Tasa mortalidad infantil	% poblac. no aseg.	% pob. mayor 10 años, analfabeta	accesibilidad en minutos	% pob. con mala dispos. excreta
TALAMANCA	47.7	59.0	22.2	522	20.2
BUEN. AIRES	29.3	38.2	15.6	170	19.2
GUATUSO	32.8	58.6	16.0	181	14.7

FUENTE: Memoria Anual - Ministerio de Salud.

Comparando los datos de 1986 a los de 1990 esta situación muestra una leve mejoría. Pero aún persiste su postergamiento, como lo indica la Memoria Anual del Ministerio de Salud de 1991, en que se clasifican los cantones con mortalidad infantil superior al promedio nacional.

CUADRO No.2  
CANTONES CON TASAS DE NATALIDAD Y MORTALIDAD  
INFANTIL SUPERIOR A LA TASA NACIONAL  
COSTA RICA, 1990.  
(Tasa por mil habitantes)

CANTONES	TASA NATALIDAD	TASA MORTALIDAD INFANTIL
NACIONAL	27.2	15.25
TALAMANCA*	39.1	25.94
GUATUSO	45.6	24.00
BUENOS AIRES	—	25.96

FUENTE: Memoria Anual del Ministerio de Salud, 1991.

Por otra parte el diagnóstico de salud de Amubri de Talamanca de 1991, que cubre prácticamente solo población indígena, registra una mortalidad infantil de 85.7 por mil, con 6 defunciones cuyas causas son:

<sup>1</sup> Memoria Anual Ministerio de Salud, 1991

\* Licenciada en Enfermería - Ministerio de Salud.-

- Problemas respiratorios
- Sarampión
- Ilio paralítico
- Problemas congénitos
- Deshidratación por diarreas

Por ser una población tan pequeña este dato debe tomarse con las reservas del caso.

En otros sitios como Chirripó, ni siquiera existe información sistemática de natalidad, mortalidad, o morbilidad, pero sí se ha hecho evidente que en las anteriores epidemias del sarampión, esta enfermedad ocasionó la muerte de muchos niños indígenas de la región.

La información referente a la morbilidad de Chirripó es parcial registrada principalmente por las visitas médicas, realizadas esporádicamente a la zona y por la que genera el puesto de salud que cubre solamente una parte de los cabeceras que habitan la zona.

**CUADRO No.3**  
**COMPORTAMIENTO DE LA MORBILIDAD**  
**EN ALGUNOS CANTONES Y GRUPOS POBLACIONALES**  
**Y SU RELACION CON EL COMPARTIMIENTO A NIVEL NACIONAL**  
**COSTA RICA, 1989.**  
(Los números indican el grado de importancia en cada sitio)

CAUSAS	NIVEL NAC.	GOLFITO	COTO BRUS	TALAMAN. no indígena	TALAMAN. indígena
Complicaciones, embarazo, parto, puerperio.	1	1	1	2	-
Traumatismo y envenenamiento**	2	4	7	7	-
Enfermedades aparato respiratorio	3	2	2	1	2
Enfermedades aparato digestivo	4	5	6	4	4
Enfermedades aparato genitourinario	5	6	4	6	-
Enfermedades aparato circulatorio	6	3	5	5	3
Enfermedades infecciosas y parasitarias	7	7	3	3	1

- desconocido

\*\* *excepto serpientes*

FUENTE: Instituto Investigaciones en Salud (INISA)

Diagnóstico y desarrollo de Salud. Zona Fronteriza, Costa Rica - Panamá, 1989.-

En una investigación realizada pro el Instituto Nacional de Investigaciones en Salud (INISA), sobre las principales causas de morbilidad y la comparación entre cantones, indica que a nivel del cantón de Talamanca hay un comportamiento diferente en la morbilidad entre la población indígena y no indígena, observándose en el cuadro No.3 una situación de desventaja para esta última.

### Medicina Tradicional Indígena:

La medicina tradicional indígena, es una práctica sanitaria milenaria que ha dado y continúa dando respuesta a los problemas de salud de millones de indígenas en el continente americano, y Costa Rica no es la excepción.

Lamentablemente la mayoría de los técnicos y profesionales del área de la salud, han mostrado una visión reducida para aceptar las múltiples formas que tiene la población de dar respuesta a sus problemas, las cuales se desconocen y por ese único delito, no sólo se les ignora, sino que se les desacredita.

Pese a los años transcurridos desde la conquista, la medicina indígena continúa vigente en prácticamente los 400 pueblos indígenas del continente, en el cual habitan 42 millones de personas con sus lenguas y culturas propias.

Este hecho se confirma mediante los datos analizados en el "**Primer Encuentro Mesoamericano para la Búsqueda de Modelos Alternativos de Atención en Salud para Pueblos Indígenas**", realizado en San José, Costa Rica, en febrero de 1992, con participación de "médicos" tradicionales indígenas y personal de los ministerios de salud de la región mesoamericana. Igualmente con los resultados de distintas experiencias e investigaciones realizadas en este campo y por estudios de las culturas autóctonas de las Américas.

Esta persistencia es entendible, al ser ésta la única alternativa viable por su accesibilidad geográfica, económica y cultural.

Estudios realizados en diferentes países muestran que en los pueblos indígenas existen en promedio un "médico" tradicional por cada 300 personas, lo que contrasta con la disponibilidad de médicos oficiales, prácticamente inexistentes en algunas zonas indígenas.

En Costa Rica en las regiones de Chirripó y Talamanca, hay un médico tradicional (Awa o Jawa), por cada 200 personas<sup>2</sup>.

Además de lo anteriormente mencionado, existen otros aspectos que deben llamar a la reflexión al poner en una balanza, ambas prácticas con sus características propias, sus ventajas y desventajas, como los que se describen a continuación.

## Modelo Tradicional Indígena

- El "médico" indígena es del pueblo
- Está disponible las 24 horas todos los días del año.
- Habla la lengua de sus pacientes.
- Tiene la cosmovisión indígena.
- Además de "médico" es sacerdote y autoridad en su pueblo.
- Su formación como "médico" dura 15 años. Se inicia en la infancia.
- Su selección responde a características especiales detectadas por su familia y comunidad.
- Su labor la determina su pueblo.
- Brinda su atención en el hogar del enfermo y permanece en él, el tiempo que se requiera.
- Atiende al enfermo y su familia en forma integral, enfocando aspectos físicos, emocionales, culturales y religiosos.
- Realiza el diagnóstico, provee y aplica el tratamiento.
- Sus prácticas tienen limitaciones para resolver la nueva patología.
- Cuenta con la credibilidad de la población, principalmente la más tradicional.
- El costo de la atención es bajo, o inexistente.
- Sus prácticas sanitarias son aceptadas cultural y socialmente.
- No tiene reconocimiento ni apoyo institucional.
- La práctica de la medicina no provee su sustento económico.
- Las agrupaciones con sus homólogos es incipiente.
- Las posibilidades de capacitación y especialización son muy limitadas, logrando ésta última por esfuerzo propio a través de ensayo y error, o por transmisión oral de los mayores.

## Modelo Oficial o Médico.

- El médico o funcionario de salud en la mayoría de los casos no es del pueblo que atiende.
- Atiende 40 horas a la semana.
- Desconoce las lenguas indígenas.
- Su cosmovisión es no indígena.
- Desempeña únicamente su papel y liderazgo en salud.
- Su formación como médico dura 7 años.
- Su selección responde a criterios académicos establecidos por las facultades de Medicina.
- Su labor la determina la institución contratante.
- Brinda su atención principalmente en el establecimiento de salud.
- Atiende al enfermo en forma individual y con una fuerte tendencia a la especialización, fraccionándolo en órganos.
- Básicamente se limita al diagnóstico y prescripción de medicamentos sin asegurarse de su adquisición y uso.
- Sus prácticas son efectivas para resolver la nueva patología.
- Cuenta con la credibilidad de la población menos tradicional.
- El costo de la atención supera las posibilidades de los usuarios, especialmente cuando se suma el costo del traslado, la estadía y los medicamentos.
- Sus prácticas sanitarias son consideradas muchas veces como agresiones culturales, (por ejemplo, la posición ginecológica en el parto).
- Tiene reconocimiento y apoyo institucional.
- La práctica de la medicina le provee su sustento económico.
- Está organizado en asociaciones, colegios, federaciones y otros fortaleciéndolo social y profesionalmente.
- La capacitación y especialización son promovidas y facilitadas por las instituciones y organizaciones a las que pertenece. Cuenta con un sinnúmero de investigaciones y tratados de actualidad.

Los medicamentos naturales tales como hierbas, grasas y minerales cada vez son más escasos por la introducción de nuevos cultivos, la deforestación y el despojo de sus tierras.

El diagnóstico lo realiza utilizando principalmente sus sentidos sin apoyo externo.

Por otra parte en ambos modelos se notan estas coincidencias:

— *La misión de ambas es la búsqueda del alivio o la curación de la enfermedad.*

— *Cuando la población indígena tiene acceso utiliza ambas.*

— *Ambas prácticas tienen fortalezas y debilidades, por lo que su complementariedad las fortalecería y traería beneficios a todos.*

### Recomendaciones:

La complementariedad de ambos modelos puede lograrse a través de los sistemas locales de salud, SILOS, que deben en primera instancia conocer la realidad y características de la población que cubre. Incorporar activamente a la comunidad en la decisión acerca del tipo y modo en que se brinden los servicios de salud. Detectar, incorporar y apoyar los recursos de salud existentes.

La formación del personal de salud técnico y profesional, evidencia vacíos importantes en el conocimiento de la cultura y la medicina tradicional. Se hace impostergable la necesidad de incluir esta temática en los planes de estudio respectivos, de forma tal que sus egresados no sean ajenos ni extraños a su propia raíz.

Un modelo de atención eficiente y eficaz debe tener las siguientes características.

- Con comunicación de doble vía.
- Mixto o complementario.
- Con enfoque holístico o integral.
- Respetuoso.
- Con accesibilidad real en lo cultural, económico y geográfico.

### Resumen:

La situación de salud, de los indígenas en Costa Rica muestra un deterioro mayor que la del resto de la población nacional, prevaleciendo altas tasas de mortalidad infantil y morbilidad propia del subdesarrollo. Esta realidad indica que los esfuerzos institucionales no han tenido un impacto positivo en la salud de estos núcleos de población.

El "médico" tradicional indígena "awa" o "jawa", es una autoridad autóctona, portadora de un conocimiento milenario, que responde a las demandas de la población, Sin embargo

Los medicamentos y otros recursos terapéuticos son cada vez mayores, resultando de sofisticadas investigaciones, lo que facilita su acceso.

Cuenta con abundantes medios de diagnósticos apoyados por diferentes disciplinas e instrumentos.

no ha sido reconocido por el sistema de salud dominante. Pese a ello el modelo tradicional tiene vigencia por su aceptabilidad y credibilidad.

Los pueblos indígenas actuales, siguen consultando a sus "médicos" tradicionales, los cuales continúan fuertemente comprometidos con la salud de éstos. Si bien su efectividad se ha visto reducida, ello se debe entre otras causas, principalmente a que se ha roto el equilibrio, que por milenios ha mantenido el indígena con su medio.

La mayor parte del personal de salud, que trabaja con esta población desconoce su cultura y medicina tradicional. Ello le dificulta su incorporación generando frecuentes choques. Lo anterior plantea a las instituciones formadoras de personal, la necesidad de incorporar en los planes de estudio los mencionados componentes.

Tanto el modelo tradicional como el oficial, tienen fortalezas y limitaciones. Sus prácticas no son excluyentes por el contrario pueden ser complementarias, lo que potenciaría sus efectos.

Por su responsabilidad, le corresponde a los Sistemas Locales de Salud (SILOS), con integración plena de la comunidad, buscar las estrategias para la creación de un modelo de atención que responda eficaz y efectivamente a las demandas y necesidades de la población indígena.

### Bibliografía:

1. Garro Leyla. *Capacitación en Salud a Médicos Tradicionales Indígenas*. San José, Costa Rica. 1990. (Mimeografiado).
2. Garro Leyla. *Primer Encuentro Mesoamericano, para la Búsqueda de Modelos de Atención a población indígena*, Informe Final. San José, Costa Rica. 1992.
3. IIDH. *Diagnóstico General de Organizaciones Indígenas de México, Centroamérica y Panamá*. Setiembre 1990.
4. Ministerio de Salud. *Memoria Anual, 1991*. San José, Costa Rica.
5. OPS/OMS. *Como escribir y publicar trabajos científicos*. Washington, D.C., EUA. 1990.
6. Serrano Haydee. *Situación de Salud de la población Bribri de Talamanca*. 1991. Amubri, Talamanca. 1992. (Mimeografiado).