Medicina social e interculturalidad: Procesos emancipatorios hacia la reafirmación de la identidad en el Valle del Yokavil

Graciela Maturano

Javier Pastrana

Instituto Superior de Arte y Comunicación -Catamarca

lic.javier.pastrana@gmail.com

Eje 2: Ciencias sociales, ruralidad y medio ambiente

Desde la visión dinámica del proceso de salud-enfermedad de la medicina social (rasgo que la diferencia de la salud pública), presentaremos un proyecto de estudio sobre la medicina aborígen en la localidad de Fuerte Quemado, en el departamento de Santa María, provincia de Catamarca, desde los determinantes sociales y sus implicancias como rasgo constituyente de los procesos interculturales que atraviesan al tejido social.

Para incorporar las prácticas sociales que incluyan tanto al componente informal como formal, la Organización Panamericana de la Salud definió el Modelo Social de Prácticas de Salud como un conjunto de hábitos, conductas e intereses que, instalados en las sociedad, tienen una influencia decisiva en la salud de la población y los individuos que incluyendo al componente formal del sistema de salud lo exceden, conformando una realidad más compleja, que jerarquiza caminos alternativos y complementarios a los tradicionales para cuidar, recuperar o promover la Salud.

La medicina andina, por su condición holística, visualiza el entorno, la cosmología y la condición humana (vida-muerte) como inseparable, lo que permite el análisis desde la medicina social, quien conceptualiza el proceso salud-enfermedad desde el efecto del contexto social y cultural.

La concepción estática de dicho proceso desde la salud pública genera barreras para la accesibilidad de los habitantes de esta comunidad al sistema de salud y sus alcances preventivos de la enfermedad. La medicina ortodoxa paternalista, individualista y omnipotente, actúa en forma imperativa, generando barreras de entendimiento entre los profesionales y sus pacientes (“si le digo al doctor que fui a doña Jesús para que cure a mi hijita porque estaba ‘ojeada’, me iba a retar” del relato de una madre con su niña enferma).

Para la medicina social, el curandero es definido como una persona reconocida por la propia comunidad en que vive, como competente para prestar atención en la salud mediante el empleo de productos vegetales, animales o minerales, y la aplicación de otros métodos de origen social, cultural y religioso basado en los conocimientos, actitudes y creencias de la comunidad.

Para comprender y abarcar una realidad tan particular es preciso tener una visión panorámica de los principales contenidos, realizando una investigación en el terreno, documentando actuaciones y rituales de esta medicina andina a fin de lograr ingresar en una dimensión de la medicina existente en nuestra América antes de la llegada del conquistador español, que ha perdurado hasta nuestros días, y explica a la vez, las características de la población del valle del Yokavil y las dificultades de la medicina occidental para introducirse con fuerza en esos pueblos. Esto permite también valorar los contrastes entre la medicina tradicional ejercida en el mundo actual y esta medicina popular, fruto de expresiones culturales y religiosas, que a lo largo de los siglos se ha podido ir concretando en una realidad palpable en la vida cotidiana del vallisto.

Esta investigación tendrá como meta lograr un mayor conocimiento y conciencia de la propia identidad de los pueblos del Valle del Yokavil, planteando la necesidad de re-pensar dicha identidad como resultado de procesos emancipatorios que surgen a partir de la crisis del capitalismo marcada por la interculturalidad que atraviesa a todo el tejido social, respetando la noción de la existencia de lo étnico como especificidad importante, teniendo en cuenta que entre los andinos y peninsulares los procedimientos para curar y prevenir las enfermedades estaban íntimamente ligadas a su respectiva cosmovisión.

Consideramos que debería recrearse un modelo en salud con sentido de pertinencia y pertenencia a partir de la propia cosmovisión del hombre andino y no dentro de una cultura que le es ajena. Su cosmovisión de la realidad es holística, dentro de su contexto sociocultural donde no se concibe que

nada exista, viva, piense, sienta, si no es en un todo inmanente y consubstancial. Su medicina se orienta hacia la globalidad, hacia la forma en cómo se relacionan los componentes, y no hacia cada componente en forma aislada. Con el sentido de pertenencia se ponen de manifiesto las relaciones con las personas y los lugares, las creencias y las ideas, las formas de vestir, su modo de hablar, de aprender y sentir la vida y la muerte.

El sentimiento de pertinencia es la manifestación espiritual de ese estado, que puede expresarse por medio del habla, del canto y de las manifestaciones culturales y, entre ellas, naturalmente, en las ideas y prácticas de la medicina.

En un mundo globalizado, la cultura local debe ser el ancla de la identidad. En esta línea, el sentido de pertenencia/pertinencia define dicha identidad.

La educación y la medicina formal descontextualizan y alienan cuando educan y curan prestando atención mínima a las etnoteorías con las que el hombre andino dan sentido al mundo y a las experiencias que conforman su cultura y su medicina.

Siguiendo a Colombres, creemos que “lo indígena configura la fuente prístina, el mayor grado de pureza imaginable del ser americano” (Colombres, 2004:32) y debemos tomar esto en cuenta, al menos con el intento de preservar nuestra identidad, herencia aún no reconocida ni aceptada.

Para poder llevar adelante un análisis del complejo proceso salud-enfermedad, resulta fundamental conocer el escenario donde se pone en juego dicho proceso. Este escenario está determinado por todo el tejido social, donde confluye la salud individual, familiar, comunitaria y poblacional, íntimamente relacionada y atravesada por los determinantes sociales, factores que interjuegan en ella. Dentro de éstos se encuentran los factores ambientales, económicos, sociales, educativos y culturales que condicionan la salud y la enfermedad. Sin embargo, desde la mirada sanitarista occidental generalmente se configuran disciplinamientos hacia los cuerpos de los individuos de una comunidad aborígen que, en muchas ocasiones, están más relacionadas con la lógica eurocentrista/capitalista que con la cosmovisión indígena. La mirada clínica del médico responde al estudio del cuerpo como “objeto” de investigación, lo que Scribano denomina: “El cuerpo como centro de la construcción y reproducción institucional” (Scribano, 2010:6).

Nuestra investigación buscará realizar un análisis de las prácticas médicas y organizaciones de salud en el Valle del Yokavil, partiendo de la hipótesis de que es posible observar que el acto médico, como eje central del proceso salud-enfermedad-atención, entiende como un obstáculo para la atención en salud a las pautas culturales populares desarrolladas por la comunidad para el tratamiento de sus enfermedades, creando malentendidos entre el paciente y los equipos de salud. Estas dificultades se ven potenciadas por el uso del lenguaje, ya que las construcciones discursivas propias de las culturas populares se conforman a partir de palabras que la comunidad adquiere y re-define en sus usos y costumbres. Esto se refleja en la utilización de palabras que, conceptualmente, el médico no entiende, como por ejemplo las situaciones en las que el paciente usa la palabra “anemia” para expresar debilidad y decaimiento, “reuma” para describir dolores en los músculos o huesos, “empacho” en lugar de dispepsia, o “culebrilla” por el herpes.

Desde un enfoque de la Medicina Social, la praxis, entendida como la interrelación entre pensamiento y acción, se ve reflejada en las costumbres y prácticas de la medicina aborígen, por lo que se plantea realizar las actividades de investigación en conjunto con los habitantes indígenas y organizaciones comunitarias, proponiendo estudiar el proceso salud-enfermedad en el contexto social de la comunidad aborígen de Fuerte Quemado, lugar catamarqueño de una riqueza cultural invaluable, considerando los efectos de los cambios de las condiciones sociales a lo largo del tiempo.

El perfil epidemiológico de un grupo social en una determinada sociedad requiere el análisis de los componentes sociales para comprender por qué y cómo las condiciones sociales se organizan históricamente en distintos modos de vida, estableciendo la dinámica del proceso salud-enfermedad. Siguiendo esta línea, podemos afirmar que esas condiciones sociales están determinadas de manera concreta y específica por la distribución de los cuerpos como punto de partida y llegada del individuo y su conciencia como tal. De hecho, es en el dualismo cuerpo/individuo donde el capitalismo encuentra uno de sus elementos fundadores, considerando a los cuerpos como los portadores de la energía productiva necesaria para el funcionamiento de la maquinaria colonial.

Para comprender lo mejor posible las circunstancias del encuentro entre la medicina andina y la moderna, las mutuas influencias y sus consecuencias, será necesario investigar para averiguar orígenes, tradiciones y en particular lo referente a las historias médicas, de esta forma de medicina

primitiva, auténticamente americana, que ha sobrevivido desde el Inkario hasta nuestros días, que forma parte de los elementos primitivos y mágicos que aporta la comunidad indígena, y que va poco a poco permeando la cultura popular de nuestros pueblos.

En nuestro país y en nuestra provincia existe una amplia base poblacional nativa integrada parcialmente al desarrollo general de la sociedad que encuentra cada vez con mayor regularidad espacios de contacto por fuera del capitalismo. Hay importantes elementos culturales (formas de vida, de concepción del mundo, costumbres, creencias) que establecen una percepción especial/espacial de los procesos de salud y enfermedad. Lo que se conoce como “medicina indígena” o “medicina popular” es este saber de la población, mantenido a través del tiempo por la tradición y modificado mediante el contacto con diferentes grupos sociales. Este saber—que conforma una doctrina propia dentro del saber de la enfermedad—, su clasificación y tratamiento, es utilizado naturalmente por un sector de la población, especialmente de las zonas rurales o urbano-marginales.

No existen dudas que la medicina científica ha negado, reiteradamente, los valores de la medicina tradicional, encontrando, en pocos casos, una apertura para su consideración. Si bien existe una carga de elementos mágico-mítico-religiosos, consideramos que también hay elementos empíricos y racionales que pueden ser utilizados e incorporados a la práctica médica occidental. Investigar su relación con los determinantes culturales o sociales permitirá conocer cómo juega la cultura y las representaciones sociales de la salud y la enfermedad en esos procesos desde el conocimiento del contexto social, las instituciones de salud y los profesionales en una determinada comunidad aborígen. El trabajo de investigación se propondrá mostrar la fuerza y la persistencia de conocimientos que vienen de muchos siglos y que tienen un fuerte arraigo en las prácticas de salud populares del país y nuestra provincia.

Si pretendemos enlazar una investigación desde las ciencias sociales con la medicina es imprescindible que actuemos posicionados desde lo que se conoce como Medicina Social. Desde esta perspectiva, la dualidad enfermedad/salud del Hombre se enmarca en una problemática social inscrita en lo biológico, y una ciencia con enfoque reduccionista y mecánico, como la de la medicina moderna, no atiende al hombre en su integridad. Para ello es imprescindible una apertura hacia otros saberes del acervo social, en muchos casos ignorados por el orden médico, y que corren paralelos a su saber.

Desde la medicina social el modelo monocausal no explica la enfermedad. Incluso los modelos multicausales, como los ecológicos, que consideran la interacción entre agente, huésped y ambiente, definen la enfermedad de una manera relativamente estática. Las críticas desde el punto de vista de la medicina social han argumentado que los modelos multicausales tradicionales no consideran adecuadamente los vínculos dinámicos por los cuales la dialéctica del proceso salud-enfermedad se ve afectada por las condiciones sociales. Un enfoque más complejo de la causalidad, en el cual las condiciones sociales e históricas son consideradas como determinantes estructurales, es decir, que existen antes del problema analizado, y su comprensión permite especificar las dimensiones del mismo. Los trabajos de la medicina social consideran a la población y a las instituciones sociales como totalidades cuyas características trascienden las de los individuos que las componen.

La comprensión de los fenómenos socio-culturales en relación con la salud requiere considerar, también, las formas de diversidad socio-cultural, entendiendo que existen comunidades en las que confluyen una gran variedad de subgrupos, producto de migraciones internas o de países vecinos y de distintos grupos étnicos locales. Cada uno de estos grupos comparte un conjunto de conocimientos, saberes y creencias. Pero así como estos sistemas de pensamiento congregan a los grupos humanos, también condenan a algunos de sus miembros a posiciones subalternas o de subordinación por la falta de entendimiento, como sucede con el personal de salud en nuestra provincia y el país en general, que entiende que las pautas populares de atención de la salud desarrolladas por la comunidad son negativas y generan un obstáculo para su tratamiento.

Sin embargo, desde nuestra concepción consideramos que el entendimiento racional del comportamiento permite que las prácticas culturales populares o tradicionales puedan coexistir y aún ayudar a la atención del enfermo aprovechando algunos elementos del sistema informal.

De esta manera, creemos que los aportes de esta investigación podrían basarse en tres ejes:

A. Recuperar la identidad: En un mundo globalizado, la cultura local debe ser el ancla de la identidad. La educación y la medicina formal descontextualiza y aliena cuando educa y cura sin atender o prestando atención mínima a las etnoteorías con las que las comunidades andinas dan sentido al mundo y a las experiencias que conforman su cultura y su medicina.

El derecho a una identidad cultural permite anclar las raíces culturales para ser partícipes sociales con sentido de pertenencia, traduciéndose la experiencia opuesta de no pertenencia, en exclusión y marginación.

B. Fortalecer procesos de interculturalidad: La interculturalidad como proceso sociocultural, posibilita la reafirmación de la identidad cultural y el reconocimiento de la existencia de otras realidades culturales y vivenciales, entre las cuales debe existir una interrelación en un marco de igualdad y respeto, permitiendo valorar lo propio en cuanto a sus creencias y modos de interpretar el proceso salud-enfermedad y utilizar elementos culturales foráneos, sin riesgos de pérdida de identidad.

Una colectividad logra una autoestima equilibrada cuando valora sus manifestaciones culturales y las pone en práctica sin encerrarse en ellas, cuando reconoce que su cultura existe junto con otras con las cuales tiene que coexistir en un marco de respeto mutuo.

C. Cuidar el patrimonio/consolidar el autoestima: Cuidar el patrimonio, que es la consolidación de los rasgos culturales que definen una comunidad, permitirá compartir esos rasgos sin deformarlos, contribuyendo a construir y enriquecer la autoestima comunitaria, la cual se manifiesta cabalmente en un pensamiento en lengua quechua: “ALLPA RUNA PURINQUI” (soy un pedazo de tierra que anda). El hombre andino es en cualquier circunstancia (eso es pertenencia) y se manifiesta como es (esa manifestación es pertinencia).

En los Valles Calchaquíes la (su) cultura está definida, lo que no está es la condición de asumirla. Para ello es necesario adentrarse en su cosmogonía, para reinterpretar sus testimonios, procesarlos y ponerlos al servicio de la comunidad, contribuyendo a consolidar su autoestima. Adentrarse en su saber, que es comunitario y que se transfiere oralmente a sus miembros generando conductas y creando conciencia del hombre como un microcosmos inserto en el macrocosmos (entiende que todo desperdicio y todo exceso es una ofensa a la comunidad, a la naturaleza, a la Pachamama) y su medicina, que fomenta los valores compartidos y prosociales, se contrapone a los valores competitivos e individualistas del modelo impuesto.

Palabras claves: Medicina Social – Interculturalidad – Identidad.

Bibliografía

- Abed, L. C (1993): “*La enfermedad en la historia*”. Universidad Nacional de Córdoba. Tesis de doctorado. Córdoba.
- Colombes, A. (2004): “*La colonización cultural de la América indígena*”. Del Sol. Buenos Aires.
- Foucault, M. (1998): “*Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*”. Ed. Siglo Veintiuno. México.
- Iriart, B.; Estrada, M. (2002): “*Medicina Social Latinoamericana. Aportes y Desafíos*”. Revista Panamericana de Salud Pública. Washington.
- Juárez, F. (2001): “*Testimonio Kallawayá. Medicina indígena en la ciudad de La Paz (Bolivia)*”. Archivo PDF de Internet.
- Maturano, L. (2012): “*Huayco Runa. El Quechua en el habla del hombre vallisto*”. Programa de Fortalecimiento Sociocultural. Catamarca.
- Maturano, L. (2014): “*La Wilpala. Una aproximación a su simbolismo*”. Programa de Fortalecimiento Sociocultural. Catamarca.
- Mazzáfero, V. y col (199): “*Medicina y Salud Pública*”. 2º Edición. Eudeba. Buenos Aires.
- Morán Quiroz, L.(1997): “*El cuerpo como objeto de exploración sociológica*”. Revista La Ventana. N° 6.
- Scribano, A. (2010): “*Filosofía de las Ciencias Sociales y estudios sociales sobre los cuerpos*”. Texto facilitado por el autor.
- Scribano, A. (2005): “*La batalla de los cuerpos: Ensayo sobre la simbólica de la pobreza en un contexto neo-colonial*”. Itinerarios de la Protesta y del Conflicto Social. Centro de Estudios Avanzados. Universidad Nacional de Córdoba. Instituto Académico Pedagógico de Ciencias Sociales. Ed. Copiar. Córdoba.
- Scribano, A. (2007): “*¡Vete tristeza... Viene con pereza y no me deja pensar!... Hacia una Sociología del Sentimiento de Impotencia*. Contigo Aprendí. Estudios sociales de las emociones. Centro de Estudios Avanzados. Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba.

-Scribano, A.: *“Cuerpo, Emociones y Teoría Social Clásica: Hacia una Sociología del Conocimiento de los estudios sociales de los cuerpos y las emociones”*. Texto facilitado por el autor.

-Sonis, A; Bello, J.; de Lellis, M.(2005): *“Manual de Postgrado en Salud Social y Comunitaria. UBA. Unidad 3. Cultura y culturas. Barreras culturales a la accesibilidad en salud”*. Proa XXI Editores. Buenos Aires.