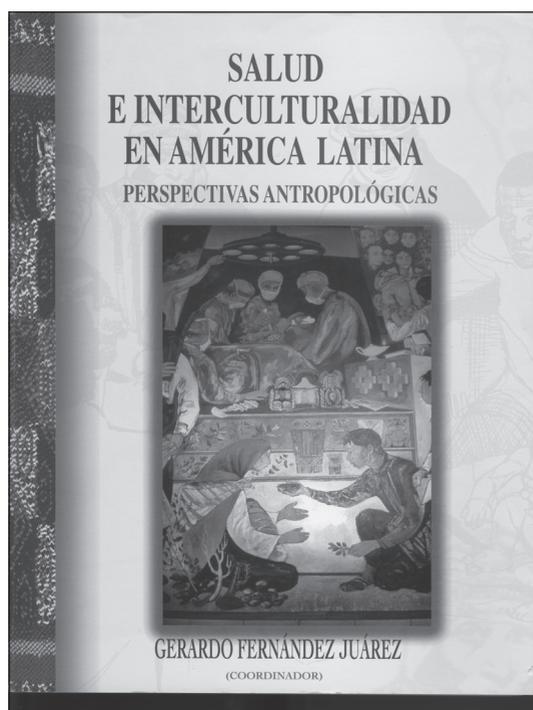


Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas,
Gerardo Fernández Juárez. Ediciones Abya-Yala, 2004,
pp. 350, Quito, Ecuador*.

Reseñado por Carlos Madariaga¹, Vivian Gavilán², Patricia Viguera³ y Vesna Madariaga⁴



Gerardo Fernández Juárez, autor de varios artículos y libros referidos al tema de la salud en comunidades andinas, coordina esta extensa obra producto de investigaciones realizadas en América Latina, cuya finalidad central fue ver las posibles aplicaciones que la antropología social y cultural puede sugerir en relación con la salud y la enfermedad.

El texto reúne a veinte autores que reflexionan acerca de los problemas teóricos y metodológicos que hoy enfrentamos para comprender el proceso salud-enfermedad-atención; informan acerca de experiencias interculturales y exponen investigaciones acerca de mo-

delos conceptuales que sustentan las enfermedades, los sistemas terapéuticos y su relación con las categorías de cuerpo y persona diferentes al modelo biomédico hegemónico.

La diversidad de temas y de enfoques aplicados constituye la mayor riqueza de este proyecto editorial. Los trabajos muestran un gran esfuerzo por comprender las prácticas en el ámbito de la salud en nuestros países. Es posible afirmar, sin embargo, que el conjunto de los artículos se asientan en un gran ángulo de mirada, aquel que postula una crítica a la universalidad y a la ahistoricidad que subyace al modelo biomédico. Como resultado, tenemos un libro clave para elaborar el estado del arte no solo en la problemática de la salud intercultural como un problema social que se debe abordar con urgencia, sino también para reflexionar acerca de los presupuestos ontológicos y epistemológicos del estado actual de las llamadas ciencias naturales y sociales en general y de las ciencias médicas en particular.

J. Comelles y M. Caramés abren el debate planteando la necesidad de enmarcar el proceso de salud-enfermedad-atención en una perspectiva histórica y cultural, argumentando que la medicina actual es producto de una sociedad en particular: la occidental y capitalista. Para estos autores, el problema de las ciencias médicas radica en la negación de las relaciones sociales en la cual ella se inserta. Hipótesis que corroboran las experiencias concretas sobre salud intercultural en América Latina y que el mismo texto informa (Cf. R. Campos, L. Abad, Campos y Citarella, J. López, J. Michaux, A. Flores, G. Orobítg, J.P. Chaumeil, G. Fernández, A. Caprara, Citarella y otros).

Comelles acomete el obligatorio reencuentro de la medicina con la cultura como uno de los principales desafíos en el amplio campo de la salud para los inicios del tercer milenio. Su recapitulación hacia la sociedad clásica europea en busca de la *tekhné* hipocrática para rescatar de ella su condición de ciencia fundada en una

* Esta referencia forma parte del trabajo en curso del Proyecto SA05120016 del Fondo Nacional de Investigación y Desarrollo en Salud de CONICYT, Chile.

¹ Servicio de Psiquiatría Hospital de Iquique, Chile. carlos21@entelchile.net

² Centro de Investigaciones del Hombre en el Desierto. Universidad Arturo Prat, Iquique, Chile. vivian.gavilan@unap.cl

³ Escuela de Enfermería Universidad Arturo Prat, Iquique, Chile. patricia.viguera@unap.cl

⁴ vesnofila@gmail.com

amalgama entre el conocimiento impreso en tratados eruditos y la praxis de unos doctores metidos en el mundo experiencial de sus enfermos, en su comunidad, se nos asemeja a un retorno nietzscheano hacia ciertas bases epistémicas fundantes de una medicina enraizada en la cultura epocal. Medicina que se niega a sí misma en etapas posteriores de su propio desarrollo histórico, con el surgimiento del capitalismo y el Estado liberal. El autor alude, con la instauración hegemónica del modelo biomédico en la clínica, a la pérdida de ciertas prácticas de producción del saber-poder sanatorio de los doctores que se gestaba en el proceso dialógico entre conocimientos de diversos tipos (médico, religioso, mágico, popular, etc.), lo cual facilitaba un nivel de consenso social con el enfermo y su medio humano, suficiente como para otorgarle capacidad curativa.

La clínica que se inaugura sobre los restos de esas prácticas pasa a ser una disciplina empotrada en el discurso científico inaugurado por la razón iluminista, que comanda todo el devenir de las ciencias desde el derrumbe de la época medieval hasta nuestros días. Con ella se acaban formas incipientes de construcción colectiva del saber y se introduce la validación de las verdades a partir de su comprobación experimental o empírica, en los marcos de las teorías explicativas unilineales en boga. Al decir de Comelles, se termina la relación *medio (sociedad, cultura)- enfermedad* y empieza el reino de otra relación, más específica y unívoca: *naturaleza-enfermedad*. Dicho de otro modo, la enfermedad, de *pathos* social deviene en fenómeno natural. La nueva forma de conocer la realidad en el campo de la salud y la enfermedad que emerge con este vuelco paradigmático traslada el dominio del cuerpo por la medicina (y, naturalmente, por los médicos) a un escenario privativo de los “especialistas”, de las instituciones sanitarias y las políticas de Estado. Escenario en el que profesionales, tratados de medicina, dispositivos de salud, planes y programas están diseñados para operar sobre un mundo humano *reificado*, reducido a sus miserias biológicas y descontextualizado de las realidades sociohistóricas que lo condicionan y lo limitan.

El modelo biomédico es la ideología médica del liberalismo económico, la herramienta teórico-metodológica con la que opera en el dominio del proceso salud-enfermedad-atención. El divorcio que promueve activamente respecto de las ciencias sociales obedece a la necesidad de preservar el cuerpo del sujeto aislado de todo influjo interpretativo que amenace con incorporar un *campus* explicativo-comprensivo que reconozca a la persona humana, a este ser social que es, al mismo tiempo, sujeto individual y social, y que se encuentra multideterminado en una compleja trama de relaciones sociales.

El autor revisa el andamiaje histórico de la medicina desde una óptica de la arqueología foucaultiana para ofrecernos una problematización de gran trascendencia acerca de cómo la versión más actualizada de esta ideo-

logía médica es cuestionada desde campos de pensamiento y de acción contrahegemónicos, en tiempos que se disputan como todavía modernos o definitivamente posmodernos.

En la misma línea, M. Camarés afirma que el modelo biomédico tendería a atomizar tanto al sujeto de estudio (el enfermo) como al objeto de estudio (la enfermedad), lo cual impediría contemplar y abordar esta última de una manera procesual, dialéctica y contextualizada. Para esta autora, “el lenguaje de la biomedicina como un hecho social está cargado de significados sociales que manifiestan relaciones de poder y que, al mismo tiempo, al estar invidiosos de un aura de poder está legitimado para construir formas de conocer, intervenir así como de homogeneizar, entre otros, al cuerpo pieza anatomopatológica, al individuo enfermo-paciente a la propia enfermedad –entidad nosológica– a las relaciones profesional sanitario-usuario, médico-paciente; en definitiva al mundo” (p. 35). En este marco de análisis, muestra cómo la ruptura que se hace en la relación medio-cultura-enfermedad se expresa en la formación de los profesionales de la salud. Estos no son socializados únicamente en términos de habilidades técnicas sino también formados dentro de una cultura particular, a través de un proceso de construcción ideológico-cultural caracterizado por lo que ella llama biologicismo o determinismo biológico. Pone, de este modo, énfasis en la dimensión político-ideológica de la enseñanza y formación profesional de los agentes de la salud. Por una parte, nos recuerda cómo los programas educativos se fundan en la certidumbre de tener por particularidad la universalidad. Parafraseando a Bourdieu, “la universalidad de los intereses particulares es la estrategia de legitimación por excelencia, que se impone con una urgencia particular a los productores culturales, siempre incitados por toda su tradición a pensarse como portadores y portavoces de lo universal, como ‘funcionarios de la humanidad’”. Situación que constituye, en nuestra opinión, un obstáculo difícil de enfrentar, dado que se halla incorporado en los agentes (cultura subjetivada) y en las instituciones (cultura objetivada) (Bourdieu 2005:158), lo que plantea el principal desafío del enfoque intercultural en salud en América Latina.

En nuestra propia experiencia de salud comunitaria en el norte chileno hemos observado a personas que se presentan del siguiente modo: “yo soy Carmen y soy un cáncer terminal” o “soy bebedor problema con dependencia”. La patología pasa a ser parte de su identidad, logra disipar las propias sensaciones, sentimientos y hasta la sintomatología porque un bebedor problema con dependencia debe comportarse de tal forma y tener estos síntomas, tomar tales medicamentos, ir a control y hacer lo políticamente correcto si quiere gozar de la atención y buen trato del equipo.

De acuerdo con Comelles, el debate sobre la diversidad en salud y sobre el papel de lo cultural surge en dos circunstancias históricas distintas. La primera es el

despliegue del proyecto de la biomedicina y la salud pública en países no occidentales, que no tienen por qué compartir los rasgos judeocristianos o ilustrados característicos de la articulación entre el modelo médico y el pensamiento liberal occidental. La segunda circunstancia es distinta y se refiere al problema que plantea hoy en los países desarrollados una demanda cualitativamente sesgada basada en cuidados de salud, enfermedades crónicas y degenerativas y medicalización de formas de aflicción en toda la población, así como los problemas que plantea la diversidad cultural que acarrea los procesos migratorios. Es en este segundo contexto que se inscribe la preocupación de Arancha Meñaca. Su artículo titulado "Salud y migraciones" expone el caso de la inmigración ecuatoriana en España con el objeto de comprender mejor las relaciones entre los procesos de salud-enfermedad-atención y los fenómenos migratorios.

Meñaca propone que es preciso asumir un concepto de cultura no esencialista y, por lo tanto, considerar en el análisis su vinculación con los aspectos socioeconómicos implicados en las migraciones. En este sentido, insiste en la necesidad de conocer las comunidades de origen de los inmigrantes, tanto en las razones de emigración como también los contextos sociopolíticos de las mismas, en los que un aspecto clave es el conocimiento del funcionamiento de los sistemas sanitarios. Por otra parte señala que es importante analizar los contextos receptores a fin de observar las estrategias que utilizan en sus procesos de integración.

Xavier Albó, por su parte, expone conceptos básicos acerca de la interculturalidad y sus implicaciones en el campo de la salud. Para el autor la relación de culturas diferentes en un contexto de relaciones de poder implica considerar distintos niveles: el interpersonal, el grupal y el estructural. Apuesta por comprender las relaciones entre culturas en un contexto de relaciones de poder; el enfoque intercultural en salud tendría que reconocer las culturas en juego (los agentes de salud y los agentes que acuden en busca del servicio). Ve aquí de parte de los profesionales un problema ético al subvalorar la cultura del otro (paciente) y la desconfianza de este último respecto de las prácticas médicas hegemónicas, lo que lleva a bloqueos culturales que se deberían derrumbar. De este modo, afirma que ello no será posible sin una lucha en contra del neocolonialismo en lo económico, político-social y cultural.

Luisa Abad nos informa acerca de la experiencia en atención de salud en las comunidades Aguarunas en la Amazonia peruana. Describe cómo ha operado el sistema de salud pública, imponiendo el modelo biomédico, bajo una forma asistencialista y en un contexto que se orienta más al control de la población indígena que a satisfacer sus propias necesidades. Su tesis es que para aplicar la interculturalidad en estas poblaciones es necesario estudiar a fondo la etiología de las enfermedades, las formas de terapia indígenas y su farmacopea, las relaciones existentes entre patologías, medio ambiente y

espacio terapéutico, las variables de género en la consideración de la enfermedad y su tratamiento, las relaciones institucionales y de poder entre médicos pacientes y especialistas médicos nativos, etc.

Los resultados de los trabajos de investigación empírica incluidos en el texto, y sus consecuentes reflexiones nos hablan de la diversidad de aspectos involucrados en aquello que hoy llamamos salud intercultural. Los relatos etnográficos y experiencias personales de sus autores muestran sus aproximaciones a una realidad compleja, no de un modo distante sino formando parte de la trama de relaciones. Roberto Campos, por ejemplo, expone cómo en nuestros países "el fenómeno de autoatención curativa es un fenómeno social generalizado, que la automedicación es creciente en los sectores populares, que existe una bien conservada cultura médica materna, que ellas establecen estrategias particulares para cada evento de enfermedad de acuerdo a sus conocimientos y experiencias previas; que realizan complementariedad de tratamientos biomédicos y populares, y que estas estrategias curativas deben ser conocidas por el personal de salud con el fin de establecer una mejor relación médico paciente" (Cf. página 132).

F. Ferrandiz y P. Pitarch, por su parte, llaman la atención cómo en los Altos de Chiapas la medicina indígena se relaciona con la adscripción a grupos religiosos. R. Campos y L. Citarella nos informan acerca del esfuerzo por crear un programa de formación en salud intercultural en el nivel de posgrado en Bolivia, implementado en el departamento de Potosí dirigido a suplir la ausencia parcial o total de una capacitación específica de los médicos, enfermeras y dentistas sobre las características socioculturales de los pueblos indígenas con los cuales se pretende trabajar en forma cotidiana.

De esta manera, Luisa Abad concluye en que la historia de la medicina en América Latina es la historia de una negación. La clasificación de la medicina indígena como etnomedicina, medicina popular, medicina ancestral, medicina tradicional, etc., se impone para evidenciar la subalternidad de sus agentes. Para ella el problema de la aplicación de la salud intercultural radica en la grave crisis que sufre la medicina (académica) en relación a los niveles, grados, tonos y modos de comunicación entre el médico (entendido como persona que sabe curar) y el paciente (entendido como ser doliente) que se sabe o se considera enfermo y que precisa de la ayuda especializada. Esa confianza en el médico (léase *yatiri*, *chamán*, etc.) sin embargo no se ha perdido en el mundo indígena, muy a pesar de los insistentes intentos de la OPS en la década de los ochenta y noventa por introducir la medicina occidental basándose en las contundentes cifras ofrecidas por los respectivos países sobre las tasas de mortalidad materno infantil, perinatal etc., causadas por enfermedades infectocontagiosas, principalmente, y que llevaron a muchos pueblos indígenas a idealizar y sobreestimar la capacidad de "los remedios" frente a sus propios especialistas o terapeutas.

Sugiere que para que la salud intercultural sea un hecho es necesaria la participación real y no tutelada de los verdaderos actores sociales de las comunidades. No obstante, se echa de menos en el texto algún cuestionamiento acerca del concepto de paciente. Asimismo, a excepción de algunos artículos, no se presentan experiencias ni reflexiones en relación a las prácticas de salud de la población no indígena o mestiza, ni cómo ellas se vinculan a la clase social y a la condición de género, cuestiones que, a nuestro entender, forman parte del enfoque intercultural en salud. Si asumimos que la salud es un producto sociohistórico, el contexto sociopolítico en el cual ésta se presenta debe ser recuperado en el análisis a fin de explicitar las relaciones de desigualdad existentes entre ricos y pobres y entre hombres y mujeres. Sólo de este modo es posible evidenciar cómo el modelo biomédico, al no verlas, contribuye a reproducir las desigualdades sociales e inequidades en el acceso a la salud. Por otra parte, cabría también tomar nota de la ausencia de una crítica a las miradas de los científicos sociales en relación a la invisibilidad de la “biología” o su determinismo social y/o cultural, que inhibe la comunicación entre las disciplinas.

Mientras el modelo biomédico aún no sacia su necesidad de enfermedades y de enfermos (por tanto, de doctores, hospitales, fármacos e intervenciones quirúrgicas), para lo cual proliferan nuevas nosologías y taxonomías, la sociedad neoliberal modifica drásticamente las maneras de enfermar, incorporando en esta transformación los nuevos fenómenos (contra)culturales, las

condiciones y calidad de vida del capitalismo, los fenómenos anómicos, las llamadas patologías de la pobreza, etc., procesos que más que aumentar la carga de enfermedades acrecienta el malestar social. La ideología médica no reconoce (no logra ver) este malestar en la sociedad moderna, por lo tanto medicaliza todo, desde las emociones normales hasta las respuestas fisiológicas de tipo adaptativo. Crítica que abre puertas a la legitimación de nuevas propuestas epistemológicas en el campo de la salud y, especialmente, de la salud mental, con la irrupción del modelo biopsicosocial, que incorpora el enfoque comunitario, la interdisciplinariedad, la participación de diversas formas del saber, la intersectorialidad, el trabajo en redes, un nuevo concepto de equipo de salud, etc. Desde esta nueva perspectiva sí es posible construir nuevas prácticas en salud, entre las cuales la interculturalidad constituye una de las más importantes, en la medida en que nos llama al desafío de explicitar nuestra propia cultura, evidenciar nuestra posición en las relaciones de poder e intentar construir nuevas relaciones humanas que incorporen una mirada integral sobre cada uno de los tres componentes de la ecuación salud-enfermedad-cuidado.

De este modo, para nosotro(s) como trabajadores de la salud y de la cultura en/y para América Latina el libro es, sin duda, una gran fuente de inspiración para pensar y practicar con la comunidad un modelo médico humanizado, inscrito en relaciones sociales más equitativas y para avanzar hacia un mayor y mejor acercamiento entre las disciplinas.

Referencia Citada

Bourdieu, P.
2005 *Intelectuales, Política y Poder*. Eudeba, Buenos Aires.