

Nuevo Mundo Mundos Nuevos

Reseñas de libros y CD roms, 2007

Carmen Bernand

Interculturalidad, pluralismo médico, enfermedades y aflicciones.

Algunas reflexiones inspiradas en : Gerardo Fernández Juárez (Coord.), Salud e interculturalidad en América Latina. I. Perspectivas antropológicas, Quito, Abya Yala, Universidad de Castilla-La Mancha, Bolhispania, 2004, 350 p. II. Antropología de la Salud y crítica intercultural, Quito, Abya Yala & Universidad de Castilla-la Mancha, 2006, 450 p.

Avertissement

Le contenu de ce site relève de la législation française sur la propriété intellectuelle et est la propriété exclusive de l'éditeur.

Les œuvres figurant sur ce site peuvent être consultées et reproduites sur un support papier ou numérique sous réserve qu'elles soient strictement réservées à un usage soit personnel, soit scientifique ou pédagogique excluant toute exploitation commerciale. La reproduction devra obligatoirement mentionner l'éditeur, le nom de la revue, l'auteur et la référence du document.

Toute autre reproduction est interdite sauf accord préalable de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France.



Revues.org est un portail de revues en sciences humaines et sociales développé par le CLEO, Centre pour l'édition électronique ouverte (CNRS, EHESS, UP, UAPV).

Referencia electrónica

Carmen Bernand, « Interculturalidad, pluralismo médico, enfermedades y aflicciones. », *Nuevo Mundo Mundos Nuevos* [En línea], Reseñas de libros y CD roms, 2007, Puesto en línea el 05 septembre 2007. URL : <http://nuevomundo.revues.org/index8162.html>

DOI : en cours d'attribution

Éditeur : EHESS

<http://nuevomundo.revues.org>

<http://www.revues.org>

Document accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://nuevomundo.revues.org/index8162.html>

Document généré automatiquement le 29 septembre 2009.

© Tous droits réservés

Carmen Bernand

Interculturalidad, pluralismo médico, enfermedades y aflicciones.

Algunas reflexiones inspiradas en : Gerardo Fernández Juárez (Coord.), *Salud e interculturalidad en América Latina. I. Perspectivas antropológicas*, Quito, Abya Yala, Universidad de Castilla-La Mancha, Bolhispania, 2004, 350 p. *II. Antropología de la Salud y crítica intercultural*, Quito, Abya Yala & Universidad de Castilla-la Mancha, 2006, 450 p.

- 1 El proyecto científico y editorial de Gerardo Fernández Juárez es probablemente el mayor intento de reflexión surgido en estos últimos años sobre la interculturalidad en el campo de la salud, con referencia especial, pero no única, a Bolivia. Los dos tomos coordinados por este investigador contienen 48 artículos, muchos de ellos ilustrados, cuyos autores proceden de horizontes profesionales diversos : antropólogos, sociólogos, trabajadores sociales, médicos, historiadores, promotores y hombres políticos. El grupo nuclear está constituido por jóvenes antropólogos españoles que han realizado excelentes estudios etnográficos, animados por la voluntad de poner la investigación científica al servicio de programas sanitarios pluriculturales y eficaces. Los dos volúmenes de « Salud e interculturalidad en América latina », constituyen una referencia insoslayable para todos los que se interesan en la salud y en las concepciones de la enfermedad, en entornos culturales específicos. Cabe destacar el logro editorial de Abya Yala, cuya importancia para la difusión del conocimiento de los pueblos indígenas de América es conocida por todos.
- 2 En la introducción al tomo I, Gerardo Fernández Juárez plantea claramente la problemática general : ¿porqué las poblaciones indígenas y mestizas de América rehuyen un sistema médico destinado a aliviar las aflicciones y los males que padecen ? Tres conjuntos de textos intentan responder, desde disitintos puntos de vista, a esta pregunta. El primero expone las características del modelo bio-occidental y sus limitaciones ; el segundo trata de varias experiencias antropológicas interculturales ; el tercero presenta algunos modelos de conceptualización de la enfermedad en poblaciones indígenas o descendientes de africanos. La estructura del tomo II es similar, aunque el enfoque sea esta vez la interculturalidad y la salud. En una nueva introducción muy sugestiva, Gerardo Fernández Juárez nos brinda una experiencia personal vivida en una aldea kallawaya, en la cual la medicina tradicional suple con éxito la ausencia del médico. Una serie de textos teóricos analizan la noción de interculturalidad. En segundo lugar, la interculturalidad es estudiada en España, sobre todo en los procesos migratorios. Por último encontramos varias etnografías sobre salud y enfermedad en América latina.
- 3 Como siempre ocurre en los libros colectivos, todas las intervenciones no tienen la misma pertinencia teórica ni el mismo interés etnográfico, pero el conjunto es estimulante y de gran calidad científica. El lector puede no compartir totalmente el punto de vista militante del viceministro de Medicina Tradicional e Interculturalidad de Bolivia (Jaime Zalles Asin, II, pp. 389-403), pero lo importante es que un hombre con tales responsabilidades políticas valore prácticas que hasta hace muy poco fueron consideradas como un vestigio de arcaísmo y se esfuerce por integrarlas en el sector oficial de salud. Este punto también ha sido señalado por Susana Ramírez Hita (II, pp. 405-412). El material reunido en estos dos tomos es tan abundante que, sin pretender ser exhaustiva, comentaré mas detenidamente tres aspectos : el modelo de la bio-medicina y sus características generales, el interculturalismo en el campo de la salud, y el aporte de las etnografías al conocimiento de las concepciones diversas sobre el cuerpo

humano y los desórdenes que lo afectan. Habiéndome dedicado durante muchos años a estos temas, entraré a mi vez en la discusión general.

- 4 En las sociedades occidentales la crisis del modelo de la bio-medicina se manifiesta en las últimas décadas del siglo XX por razones que están fundamentalmente asociadas con los altos costes de los sistemas de salud y de prevención. Los imperativos de rentabilidad exigen que las consultas, por lo menos en el ámbito de la salud pública, sean cada vez mas breves, lo cual repercute inevitablemente en la relación paciente/enfermo. Por otra parte, los llamados médicos de cabecera, que conocían a las familias y las seguían durante años, han disminuído de manera alarmante. Los egresados de las universidades prefieren seguir carreras mas prestigiosas (investigación o sector privado) deshechando la medicina general, poco prestigiosa y poco rentable. De ahí que un « arte » que en Occidente había desarrollado durante siglos una relación cualitativa con los pacientes (capacidad de escucha por parte del médico, interés por el entorno ambiental, familiar, relacional y profesional del enfermo), cedió el paso a una tecnología que, en nombre de la eficacia, deja de lado aspectos subjetivos del paciente, que pasa así de la posición de sujeto a la de objeto de una observación clínica. En América latina, la pobreza y la marginación de las poblaciones rurales, la ausencia de sistemas sociales de salud, el aislamiento de los pueblos y la mala calidad de la atención médica, agudizan los problemas a los que se enfrenta la « bio-medicina ». En la mayoría de los países latinoamericanos, los médicos recién recibidos deben realizar un « año de provincias » que a veces se reduce a algunos meses, e instalarse en zonas inhóspitas. La mayoría cumple de mala gana con esa obligación – me consta por experiencia personal en el Ecuador - y los pacientes perciben ese malestar, que se agrava con la rotación inevitable de los « doctores » (Luisa Abad, I, pp. 75-92). Con mucha razón los pacientes rurales se consideran maltratados por una medicina de tercera categoría, cuyo protocolo les resulta incomprensible por razones lingüísticas, de ahí la urgencia de formar personal sanitario bilingüe (Xavier Albó, I, p. 72).
- 5 Juan Antonio Flores Martos (I, pp. 181-212) nos brinda una etnografía de esos médicos jóvenes y muestra que los medicamentos no son rechazados por ser incompatibles con las tradiciones, sino porque son caros. Cuando son regalados, se utilizan, dice Luisa Abad (I, p. 87), refiriéndose a los Aguaruna de la selva amazónica peruana. Por lo contrario, Gerardo Fernández Juárez (II, p. 324), especialista de los pueblos aymaras, afirma que « los medicamentos y tratamientos que cuestan plata no deben ser regalados o gratuitos ya que se considera que lo que es gratis no es eficaz sino caducado ». Por su parte, Oscar Calavia Sáez (I, 169-176), insiste en el contraste entre los indígenas de la región de río Acre (Brasil) van en barca a la ciudad para consultar al médico, y los blancos, que hacen el viaje en sentido contrario para visitar al chaman. Este, tradicionalmente vinculado con la agresión, se ha transformado en curandero. Los indígenas prefieren los remedios de los blancos, « mas dulces », a los « del mato », que « duelen mucho ». Estos ejemplos revelan la complejidad del problema y la ambigüedad (y no el rechazo) de la medicina bio-occidental.
- 6 La expresión consagrada en los estudios sociológicos y antropológicos sobre la salud en situaciones interculturales, es la de « bio-medicina » para designar la disciplina científica que surgió en Occidente a partir de las últimas décadas del siglo XVIII. Este tema fue analizado por Michel Foucault en « La naissance de la clinique », obra clásica de referencia. Pero lo que en Foucault aparecía como el producto de una transformación (del « epistémé » de la época, en la literatura actual, se presenta muchas veces como una noción rígida que necesita ser matizada y contextualizada. Pasteur impulsa una verdadera revolución médica y biológica. El contagio microbiano y la posibilidad de prevenirlo mediante la introducción en el cuerpo humano de una cantidad de esos gérmenes son ideas difíciles de aceptar porque desafían el sentido común. Concretamente esto significa que « animales invisibles » pueden desplazarse y causar enfermedades y muertes. En Pindilig (Ecuador) los indígenas no creían en esas teorías de los doctores, no tanto porque los microbios fueran invisibles – los daños transmitidos por

los brujos también lo son – sino porque no podían admitir, por ejemplo, que una madre pudiera contaminar a sus hijos o que un tuberculoso no pudiera beber del mismo vaso que los demás. Las viejas teorías de los miasmas eran más compatibles con las creencias en los « aires ». En Francia, a finales del siglo XIX, el médico Pierre Janet, descubridor del « subconsciente », trató a varios pacientes de origen rural que habían desarrollado patologías fóbicas por el terror que les inspiraban los « microbios ». Recientemente las concepciones más fantasiosas sobre la transmisión del VIH indican que estas aprensiones no son exclusivas de pueblos campesinos, reacios a la vida moderna. Las creencias relativas al contagio y sus vectores, así como sus implicaciones sociales, constituyen desde luego un tema importantísimo dentro de esa categoría compacta de la bio-medicina, que es necesario matizar. En la región de Ayacucho, el aliento fétido y los pedos de los humanos « contagian » las malas costumbres (Isabel Neira Boyer, II, p. 200). En los socavones de Potosí, el gas que causa la silicosis es una emanación del Tío, el « dueño » de la mina, mientras que el hálito del hombre la hace vivir (Pascale Absi, II, pp. 229-244). En los terreiros de Bahía, en Brasil (Andrea Caprara, I, pp. 305-321) la contaminación de las enfermedades contagiosas, caracterizadas por lesiones cutáneas, es un castigo del espíritu Omolu, y la curación implica una serie de ofrendas y de rituales afro-cristianos. Los dardos que envían a sus enemigos los chamanes Yaguas del Oriente del Perú, se asemejan a los agentes patógenos y con razón Jean-Pierre Chaumeil (I, p. 274) sugiere profundizar el « complejo virológico ». La diferencia entre las concepciones indígenas y la medicina occidental radica en los sistemas de representaciones asociados. Curiosamente contagiar es « acusar » en la lengua popular de Navarra (II, A. Nevado Loro, I. Nevado Caparrosa, I. Muñoz García, A. Tovar Cifuentes, A. Rivas Antón, II, pp. 133-143).

7 Por otra parte la característica esencial de la bio-medicina es la de haber rechazado las explicaciones religiosas o sobrenaturales que no pueden ser comprobadas racionalmente. Esta actitud, que ya está afirmada en el corpus de Hipócrates, se mantiene a pesar de la presión de la Iglesia, a lo largo de los siglos, como lo muestra el libro magistral de Keith Thomas¹. Lo « irracional » de las « manifestaciones psíquicas » no reside en los agentes sino en la incapacidad explicativa de la medicina. La lucha por imponer la razón sobre las creencias y la fe en la historia de Occidente, y el triunfo de la ciencia sobre la religión no pueden reducirse a una crítica ligera del modelo científico que « genera un punto reduccionista y determinista » (Ma. Teresa Caramés García, I, pp. 31-52), y la « perspectiva positivista desde la cual se enfatizan los aspectos de recolección de datos, cuantificación y su posterior generalización », se basa también en la experimentación. No nos olvidemos que en nombre de mitos y de creencias, grupos fundamentalistas cristianos y musulmanes impugnan la evolución de las especies. Hay que precaverse contra un relativismo excesivo (Raquel Nava Cerball, II, 245-256), puesto que la enfermedad no puede definirse solamente desde el punto de vista del paciente, como ya lo señalaba la antropología médica anglosajona que distinguía *illness* y *sickness*. Es por eso que es necesario acompañar la etnografía de estadísticas de salud, que desgraciadamente faltan en estos volúmenes. ¿De qué se enferman los niños indígenas ? ¿De qué muere la gente ? ¿Cómo cruzar esos datos con otros indicadores sociales, culturales, de género y regionales ? Esas estadísticas no siempre son totalmente fiables pero dan una tendencia general que permite entender mejor los casos analizados.

8 La crisis del modelo hegemónico de la medicina exige, como lo explica Josep Comelles (I, pp. 17-30) « el regreso de las culturas », no sólo en América latina sino también en los Estados Unidos. Cada vez más se insiste en la necesidad de diálogo entre el médico y el paciente, y la importancia de la antropología como disciplina de la mediación cultural. Desgraciadamente en muchos casos la carencia de recursos médicos en zonas marginales impide una verdadera interacción. La consecuencia es el desarrollo de las curaciones locales, « folk » y la utilización de remedios caseros. ¿Recurso extremo justificado por la imposibilidad de recibir auxilios o panacea de los pobres ? Para algunos investigadores (J. Michaux, I, pp.

111 y ss.), « el paradigma médico amerindio (contrariamente al de la bio-medicina) opera una relación analógica entre cuerpo individual, social y cosmológico ». Por ejemplo la población aymara de Bolivia cree que los abortos producen granizadas y para detenerlas se « busca la culpable ». La autora nos da a entender la superioridad « humana » del paradigma amerindio olvidando sin duda que los chivos emisarios fueron una verdadera plaga en Europa hasta hoy. La idealización de los sistemas amerindios necesita ser « relativizada » y no creo que se pueda sostener seriamente que « la ciencia se basa en el intelecto, la espiritualidad se basa en el corazón » (I, p. 112). Es evidente que esta dicotomía no tiene la menor base empírica².

9 El artículo de Michael Knipper (II, pp. 413-432), uno de los más novedosos en mi opinión, permite evitar la redundancia del relativismo cultural como ideología. Este autor parte de una discrepancia observada en su trabajo etnográfico entre los indígenas quichuas del Napo (Ecuador) entre el prestigio del *yachak* dentro de la comunidad, y su participación relativamente marginal en comparación con la de otros especialistas, los *makiyuk*, expertos tradicionales que no « trabajan » con *aya wasqa* y sobre los cuales la literatura antropológica es muy parca. Sobre la base de esta experiencia, el autor analiza la imagen oficial de la medicina tradicional, que no parece corresponder con lo observado en el campo, tal como ha sido elaborada por dos organismos, el uno, estatal, que depende del Ministerio de Salud Pública, pero que se identifica con organizaciones indígenas, y el otro, internacional, la OMS. Knipper estudia la génesis de los discursos actuales, contextualizándolos políticamente y mostrando cuáles son las razones que han llevado a integrar a las medicinas indígenas dentro de un conjunto más amplio de « medicinas alternativas » que sólo tienen en común la oposición a la bio-medicina : la imposibilidad, en los años 1970 marcados por la crisis del petróleo, de cubrir las necesidades de salud de la población mundial con servicios médicos de tipo « occidental », el auge de las plantas medicinales como substitutos de medicamentos cada vez más caros y el descubrimiento por el mundo occidental, de la medicina china. Esta, como lo explica Knipper, fue « reconstruida » por el gobierno de Mao Tsé Toung que la despojó de sus « elementos irracionales » operando una selección de elementos según criterios de racionalidad científica. Las medicinas indígenas están pasando también por un trabajo de « construcción », y uno de los grandes retos de la interculturalidad es el preguntarse cuáles son los grupos que sacan provecho de tales iniciativas (en el caso concreto de los indígenas del Napo son principalmente los *yachaq*, justamente los especialistas minoritarios) , quiénes deciden de la selección de los conocimientos y prácticas, qué aspectos culturales son tomados en cuenta y cuáles son descartados ; qué dispositivos metodológicos están siendo empleados para evaluar los aspectos culturales en el campo de la medicina y la atención sanitaria. Preguntas fundamentales que abren nuevas perspectivas de investigación.

10 La interculturalidad es hoy una evidencia en América latina, aunque su funcionamiento no está claro, como muchos textos lo demuestran. Acertadamente, Enrique Perdiguero (II, pp. 33-49) distingue el pluralismo médico en áreas donde la bio-medicina es hegemónica del pluralismo en áreas donde imperan otras concepciones y donde la bio-medicina es periférica. Varias contribuciones aportan valiosos materiales de reflexión sobre estas cuestiones. En San Cristóbal de Las Casas se ha construido un Museo de la medicina Maya cuyo objeto es valorar el acervo medicinal de ese pueblo. Sin embargo el establecimiento no logra cumplir con los objetivos interculturales : para los visitantes indígenas, las técnicas que allí están expuestas son cosas del pasado ; para los turistas occidentales, atraídos por el exotismo, son en cambio la expresión de una realidad siempre presente (Pedro Pitarch, I, 233-250). La integración de la medicina kallawayana en el Centro de Salud de Curva (Bolivia) ha sido posible gracias al prestigio de la farmacopea indígena y de sus « doctores », y esa experiencia se ha extendido a Charazani y a Amarete (José Luis Baixeras Divar, II, 271-286). El programa *Willaqkuna* de formación en salud intercultural (Roberto Campos Navarro & Luca Citarella, I, pp. 93-106) ha dado lugar a varios proyectos interesantes, uno de ellos sobre las prácticas discriminatorias que

afectan a las personas discapacitadas o enfermas (Iván Castellón Quiroga, II, pp. 433-450). El caso de los herboristas kallawayas es particularmente interesante ya que se presentan como un grupo especializado desde tiempos remotos y se asemejan quizás a los Evuzoks del Camerún, estudiados por Lluís Mallart Guimerá (II, pp. 67-81). « Debe interesarnos saber como los Evuzok construyen el concepto de eficacia tratando de su propia medicina, escribe Mallart Guimerá, pero no si ella lo es a partir de los criterios propios de la medicina occidental ». Esto podría aplicarse desde luego también a los kallawayas.

11 Otras experiencias multiculturales se han dado en diversos países de América Latina ; Roberto Campos Navarro (I, pp. 129-144), médico mexicano dedicado al ejercicio de su profesión en medio indígena, utiliza la perspectiva antropológica para establecer « una relación de diálogo con búsqueda de consenso » y presenta un panorama detallado del funcionamiento concreto de esos centros. Francisco Ferrándiz (I, 213-232) nos brinda una apasionante etnografía sobre la « corte médica en el espiritismo venezolano » en la cual sobresale la figura de un médico, Jose Gregorio Hernández, introducida en un culto (el espiritismo) ajeno a la ciencia. La posesión medicalizada en los cultos venezolanos es la otra faz de la « médicalisation des croyances » estudiada en el sur de Francia por Giordana Charuty³. Existen otros recursos terapéuticos que podríamos llamar « populares », siguiendo la clasificación de Kleinman, y que no son ni « étnicos » ni « bio-médicos ». Julián López García (II, pp. 349-371) transcribe varios extractos de discursos escuchados en diversas ciudades ibero-americanas, de una extraordinaria creatividad verbal, pronunciados por los merolicos o vendedores ambulantes de salud, cuya influencia no debe ser subestimada ya que gozan de una gran audiencia y no sólo entre las clases mas humildes.

12 En la época colonial existió una intensa interculturalidad entre españoles, indígenas y africanos o negros criollos. Mas aún, para aquellos que buscaban alivio en las prácticas de los empíricos, las diferencias de condición y de calidad – nociones preferibles a « etnicidad » que en ese contexto resultaría anacrónica – fueron garantía de eficacia, según el dicho conocido que nadie es profeta en su tierra. Estas interacciones aparecen también en varios estudios actuales. Los mestizajes entre « sistemas de curación » de distintos orígenes fueron indiscutibles, aunque éstos se dan mas fácilmente en los sistemas indígenas que en la medicina occidental. Si el curandero o « entendido » puede recetar además de los remedios tradicionales, algun medicamento occidental, la inversa no se produce (Julián López García ; I, p. 155). En cierto modo pareciera que lo que es problemático no es un tipo de medicación (la occidental) sino la legitimidad del que la suministra (el médico). Alfredo Rodríguez González (II, pp. 337-348) muestra que en las boticas coloniales fueron incorporados los remedios de plantas americanas y sugiere el estudio minucioso de los listados que se conservan en los archivos. Vale agregar que no sólo la herboristería indígena se difundió entre los españoles, sino también remedios de origen animal como las piedras bezoares, a las cuales el mismo Joseph de Acosta atribuyó propiedades para combatir la melancolía. Por eso se necesita matizar las afirmaciones según las cuales « se generó un barrido de contenidos y formas tradicionales de conocimiento en diversas áreas, mediante procesos de colonización » (L. Citarella, P. Benavides, Rosendo Huisca, Ma. Lara Millapan, I, p. 323). La herboristería indígena siempre interesó, desde el siglo XVI hasta la época actual. Baste mencionar el *Codex Badianus*, escrito por dos indígenas mexicanos en tres idiomas (nahuatl, español y latin), en la segunda mitad del siglo XVI. Esas declaraciones preliminares no le quitan interés al artículo sobre la taxonomía botánica mapuche, destacándose la categoría semántica de *lawen*.

13 Eduardo Menéndez es probablemente el autor mas citado por la mayoría de los participantes⁴ ; en el segundo tomo (II, pp. 51-65) aparece una contribución teórica y metodológica de este antropólogo, lectura obligatoria de todo aquel que desee iniciarse en ese campo de la investigación. Para este autor, la interculturalidad no se limita a las relaciones entre miembros de grupos amerindios y personal biomédico. Rebasando los límites de lo étnico,

esta interacción asimétrica se da en situaciones diversas como la pobreza, la desigualdad social o la estigmatización. Ningún grupo escapa a estos enfrentamientos que conllevan siempre una posición etnocéntrica que implica una jerarquización de los grupos en presencia. De ahí que no se pueda pensar la interculturalidad solamente en términos morales de respeto, tolerancia o cooperación. La interculturalidad en los procesos de salud/enfermedad/atención funciona en un contexto desigual a la vez cultural, económico, social e inclusive biológico (esperanza de vida mucho mas baja entre las clases subalternas). No podemos sino suscribir a los argumentos de Eduardo Menéndez, quien recuerda que la cuestión racial y la cuestión étnica estuvieron en el centro de la discusión no sólo política sino académica en la antropología alemana, la mas desarrollada en las décadas 1920 y 1930, marcadas por el surgimiento y la extensión de los movimientos fascistas. Fueron los antropólogos alemanes, los mejores de la época, quienes incluyeron « en una sola unidad lo biológico (raza), lo étnico (ethnos) y lo popular (volk) ». Por otra parte, y también por razones políticas, el relativismo cultural de la escuela antropológica americana, fundado en la cultura y en ciertos aspectos de lo social, excluyó la dimensión económico/política (II, p. 54). Esta tendencia se mantuvo hasta hoy como puede verse en las propuestas interculturales que reducen la diferencia a lo cultural. Siguiendo la argumentación de Menéndez, agreguemos que el « olvido » de los procesos de explotación económica es manifiesto no sólo en América latina donde la categoría genérica de « pobreza » oculta la existencia de conflictos sociales y de los mismos trabajadores, como sujetos reivindicativos⁵, sino tambien en Europa en relación a la (difícil ?) integración de los migrantes.

14 El fenómeno migratorio que caracteriza la Europa de hoy tiene que ser estudiado también bajo la óptica intercultural. Varios autores de esta obra han tenido el mérito de lanzarse en este campo de investigación, cuya complejidad es quizás mayor a la que encuentran en América latina, ya que esos antropólogos son como el ejemplo que da Eduardo Menéndez del antropólogo « local », españoles en España, es decir, integrados dentro de una red de intereses, de ideales y de posiciones que dificultan el trabajo de campo. El estudio de la relación entre los migrantes y los servicios de salud no es únicamente un problema de diversidad cultural, aunque se haya construído una imagen « cultural » del extranjero (José María Uribe, II, pp. 83-92 ; Ma. T. Gijón Sánchez, María Luisa Jiménez Rodrigo, E. Martínez Morante, II, pp. 115-132). Intervienen otros factores vinculados con el mercado de trabajo, las pautas religiosas, las relaciones de género, el nacionalismo y el racismo... Las expectativas de los migrantes son muchas veces contrarias a lo que podía esperarse, como es el caso estudiado por Arantza Meñaca (II, pp. 93-108) en que los migrantes ecuatorianos instalados en España piden a sus familiares que les manden del Ecuador remedios, no tradicionales, sino farmacéuticos, para compensar lo que el médico español no les suministra o tarda en hacerlo.

15 Las actitudes respecto al embarazo y al parto en medios marginales o rurales forman parte de la temática de ambos libros. Graciela Uriburu (II, pp. 173-179) suple la ausencia de estadísticas de morbilidad aportando datos que colocan a Bolivia, con respecto a la mortalidad materna, en el penúltimo lugar después de Haití. Este punto no es trivial y desplaza las cuestiones de interculturalidad (en las cuales la medicina occidental sale generalmente malparada) a un problema de fondo que toca la organización de la salud pública por el estado. ¿Porqué el impacto de los programas de salud es tan débil? Los servicios de alta calidad técnica son indispensables cuando aparecen complicaciones obstétricas, y la imposibilidad para ciertas capas campesinas de acceder a ellos no es un asunto de interculturalidad sino de política de la salud. Es verdad tambien que en muchos casos de partos sin complicaciones la obstetricia moderna puede aceptar modelos tradicionales, como el dar a luz en posición vertical preferido por todas las mujeres indígenas de Bolivia y combatido inútilmente por los trabajadores de salud. La integración de ambos modelos es una necesidad si se quiere luchar contra el boicot de las poblaciones originarias a los servicios de salud, con las consecuencias nefastas que eso acarrea. Pero mas importante me parece la extensión de la prevención y de la educación

sanitarias a todas las regiones del país, para hacer bajar las estadísticas catastróficas. Según el estudio de Mollie Callahan (II, pp. 289-303) sobre un hospital en la zona kallawayá de Curva, que propone tratamientos tradicionales y occidentales, se observa que la población es reacia a acudir a las consultas de uno u otro tipo y prefiere que el tratamiento tenga lugar en las casas, por razones de privacidad. En lo que respecta a los partos, los conflictos entre los dos puntos de vista suelen ser irreductibles. Por ejemplo, la no eliminación del placenta, complicación que puede tener consecuencias muy graves, es causada según los indígenas, porque el médico corta el cordón antes de tiempo y porque la paciente sufre de frío. Discusión que podría llegar a obviarse probablemente si no fuera porque para los indígenas (y no sin razón) la medicina occidental que suplanta las técnicas tradicionales, aparece como una medicina de segunda categoría, destinada a un grupo social que también ocupa una posición subalterna. Evidentemente en el mundo rural el hospital es el lugar donde uno muere, solo y desamparado (Gerardo Fernández Suárez, II, 325), y en donde el « chupador » de sangre y de grasa (*kharisiri*) puede actuar impunemente.

16 La concepción y el parto poseen una dimensión simbólica magníficamente analizada por Tristan Platt (II, 145-172). Las parteras tradicionales, escribe este autor, contrariamente a las occidentales, no tratan de « minimizar el riesgo » sino que enfatizan la inevitable proximidad entre la vida y la muerte ». La mujer debe expulsar el feto cuyas características son agresivas. Entre la partera y la parturienta se lleva a cabo, contra las fuerzas destructoras del feto, un combate que se asemeja al que fue analizado por Claude Lévi-Strauss entre el chaman Kuna y la mujer, en el texto clásico « L'efficacité symbolique ». En el recién nacido se han reencarnado almas paganas que deben domesticarse, siendo el bautizo uno de los pasos para lograrlo. La placenta es el doble del bebé y por ello no puede deshecharse en la basura, como sucede en los hospitales. Citando a Jacques Gélis, autor de un importante estudio sobre los ritos relativos al embarazo y al parto en Europa occidental, Platt apunta las similitudes entre los usos andinos y los del Viejo mundo, puesto que en ambos, pero en épocas pasadas, fue costumbre que las madres comieran la placenta.

17 Varias descripciones etnográficas describen manifestaciones psíquicas o espirituales (estas palabras no son sinónimas y necesitarían una discusión particular) conceptualizadas como fuerzas vitales que pueden desplazarse y traspasar las fronteras del cuerpo del cuerpo para acceder, en el sueño ritual, al sentido oculto de los acontecimientos (Gemma Orobitg Canal, I, 251-264) o porque son expelidas en determinadas circunstancias como los sobresaltos o espantos. Gerardo Fernández Juárez analiza las entidades anímicas o « sombras » entre la población aymara la provincia de Omasuyo (Bolivia), que son tres, probablemente como lo sugiere el autor, por influencia cristiana (dos de ellas están designadas con términos castellanos, « ánimo » y « coraje », siendo la principal el *ajayu*). Estas « sombras » varían cromáticamente, el *ajayu* es oscura e interior y el coraje, la más clara. De la riqueza del material etnográfico, destaquemos el papel que desempeña del espejo en el ritual de curación (la sombra perdida debe reconocerse en su reflejo), la importancia ritual de santos cristianos entre los cuales aparece « tata España », y el valor o coraje como actitudes de lucha para recuperar el « ánimo ». Retengamos también la categoría de « podrido » que aparece en distintos contextos andinos.

18 Entre los campesinos indígenas de Ayacucho (Isabel Neira Boyer, II, 187-215) el *samay* es un principio interno que anima el cuerpo y que tiene su origen en la « fuerza de los gentiles » - tema que encontramos también en el artículo de Tristan Platt. Pero esa fuerza bruta, de la cual el ocio es su expresión, tiene que ser domesticada y equilibrarse mediante el trabajo y el consumo de alimentos obtenidos gracias al cultivo. Otra pista es la que nos brinda Francisco M. Gil García (II, pp. 217-227) en la descripción del susto sufrido por una profesora mestiza, que aparece relacionado con una visión sonora – un hombre tocando la guitarra. En los ejemplos interesantes que nos da Gracia Imbertson (II, pp. 257-270) sobre la « vergüenza »

como síntoma patológico entre los choles de Chiapas, tenemos un trastorno que se asemeja a un sobresalto anímico, y que expresa culpabilidad. Es posible que el estudio de la vergüenza pase por una descripción de las situaciones que dan origen al malestar, y que sea mas pertinente oír el relato de la paciente que tratar de describir el síntoma, ya que generalmente en todos estos sistemas de interpretación, lo esencial es el cómo y el cuándo.

19 Para alguien de mi generación, resulta sorprendente e inexplicable la ausencia casi absoluta de referencias a la psiquiatría y al psicoanálisis, disciplinas que justamente han tratado de ahondar la parte negada de la bio-medicina. Los trabajos de etnopsiquiatría de George Devereux, que circulan en inglés y en francés, son de primera importancia para abordar estos fenómenos. No se trata aquí de repetir los paradigmas y los conceptos producidos por una vida dedicada a la investigación de las manifestaciones psíquicas interculturales (sobre todo entre los indígenas de América del Norte), sino de partir de aquellas enseñanzas para profundizar síndromes actuales como los sustos, sueños, alucinaciones, desánimos, vergüenzas, o aires. Es necesario volver a leer a los viejos maestros con ojos nuevos, para ir mas allá de la observación de los hechos. Creo también que la noción de « condensación », forjada por Freud para explicar la incoherencia aparente de los sueños, podría ser retomada por lo menos como una pista teórica para entender la relación entre la narrativa de un síntoma y procesos individuales e inconscientes de represión de pulsiones. Los síndromes culturalmente delimitados (expresión que debemos a George Devereux) no se encuentran solamente en la esfera « folk », como lo señala Arancha Meñaca (I, p. 55) en una de las pocas contribuciones que hace alusión a la psiquiatría, sino que aparecen también en las sociedades occidentales modernas, como fue el caso de la histeria del siglo XIX y, en estas últimas décadas, la depresión nerviosa, mal típico y « culturalmente » pautado, como lo muestra brillantemente Alain Ehrenberg ⁶.

20 Otro reto para la antropología es el estudio del Sida en diferentes contextos. Curiosamente, esta enfermedad extendida en todo el globo no aparece en ninguno de los textos, probablemente porque no es un mal tradicional y porque existen aún muchos tabúes para nombrarlo, y en particular en América latina, por parte de las poblaciones pero también, y eso es mas grave, por parte de la salud pública. El Sida ha transformado las relaciones entre médicos y pacientes, como todos los estudios recientes lo indican. Cuando sabemos que para los aymaras la sangre es un bien limitado (Gerardo Fernández Juárez, II, 317-336) y que por otra parte la noción de « podrido » pertenece a la conceptualización andina de las enfermedades, la contaminación por el VIH, y la gestión de esa situación, por asociaciones formales o informales, son temas de gran interés⁷.

21 Y ya que hemos hablado tanto de interculturalidad, extendamos esta exigencia a la esfera académica. Ante la supremacía de las teorías elaboradas en los Estados Unidos y su difusión universal apoyada por el desarrollo de las universidades y de los fondos documentales, podemos preguntarnos si los europeos podemos aportar algo distinto a las problemáticas antropológicas de la salud y de la interculturalidad. Yo me atrevería a decir que si, ya que los investigadores del Viejo Continente, siempre y cuando quieran salir de las fronteras de los programas universitarios, cuya rigidez no estimula exploraciones transdisciplinarias, tienen a su disposición un material etnográfico muy rico sobre las tensiones entre el modelo bio-médico y las creencias arraigadas en el pueblo desde tiempos remotos. ¿Cuáles fueron los conflictos y las negociaciones entre unos y otros ? ¿ En qué contextos políticos ? ¿ Los campesinos de las Hurdes filmados por Buñuel en los años 1930 eran solamente diferentes culturalmente o constituían un ejemplo de opresión secular ? Contrariamente a los Estados Unidos, Europa tuvo hasta hace pocos años, una población campesina de muy viejas raíces cuya historia puede ser de gran utilidad para el avance de la antropología. No sólo en el campo de la auto-atención y de la farmacopea, que estuvo siempre vinculada con una « cosmovisión », como en los pueblos autóctonos americanos⁸, sino también en el estudio de procesos anímicos como el susto que existe todavía en el sur de Italia y en Cerdeña bajo el nombre de « s'imbruscadura »

o « spavento ». Escasos son los textos que citan autores o fenómenos europeos : Knipper y Tristan Platt, el colectivo de médicos que ha recogido terminología diversa en España y también X. Allué, L. Mascarella, M. Bernal y Josep M, (II, pp. 15-32), que citan largamente a Zeno Zanetti. Inclusive en Francia, país que fue la cuna del « cartesianismo », esos conflictos existen o existían hasta hace muy poco en zonas marginales, como lo muestra el trabajo sobre la hechicería contemporánea en Mayenne de Jeanne Favret-Saada, que gozó en los años setenta y ochenta de una merecida celebridad⁹. España desde luego, por su influencia secular en América latina, pero también Portugal, países que tuvieron un campesinado muy numeroso demográficamente y que ahora poseen una fuerte población de migrantes, tienen mucho que aportar a los nuevos enfoques interculturales. Con estas sugerencias inspiradas en estos dos volúmenes tan ricos en ideas y en información, cierro por hoy el debate que otros, quizás, proseguirán por otros rumbos.

22

Notas

- 1 Keith Thomas, *Religion and the decline of magic*, London, Penguin Books, 1973.
- 2 Pero si es reveladora de una tendencia muy en boga en los países occidentales de minusvalorar la razón y de ensalzar lo emocional ; este tema es apasionante y necesitaría ser tratado con detenimiento, cosa que no podemos hacer aquí.
- 3 Giordana Charuty, *Le couvent des fous*, Paris, Flammarion, 1992.
- 4 Valga citar aquí, entre muchos otros aportes de Eduardo Menéndez : *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*. Barcelona, Ediciones Bellaterra, 2002.
- 5 Ver el análisis sociológico de Denis Merklen, « Du travailleur au pauvre. La question sociale en Amérique latine », *Etudes Rurales*, n°165-166, janvier-Juin 2003, pp. 171-208.
- 6 Alain Ehrenberg, *La fatigue d'être soi. Dépression et société*, Paris, Odile Jacob, 1998.
- 7 Rommel Mendes-Leite & Maks Banens, *Vivre avec le VIH*, Paris, Calmann-Lévy, 2006.
- 8 Sólo citaré aquí un ejemplo muy significativo, redactado a partir de testimonios etnográficos de comienzos del siglo XX en Cataluña : Joan Amades, *Des étoiles aux plantes. Petite cosmogonie catalane*, traducido por Marlène Albert-Llorca, Toulouse, GARAE/Hesiode, Presses Universitaires du Mirail, 1994 (el texto original fue publicado en Barcelona en 1950).
- 9 Jeanne Favret-Saada, *Les mots, la mort, les sorts*, Paris, Gallimard, 1977.

Para citar este artículo

Referencia electrónica

Carmen Bernand, « Interculturalidad, pluralismo médico, enfermedades y aflicciones. », *Nuevo Mundo Mundos Nuevos* [En línea], Reseñas de libros y CD roms, 2007, Puesto en línea el 05 septiembre 2007. URL : <http://nuevomundo.revues.org/index8162.html>

Licencia

© Tous droits réservés

Entradas del índice

Cronológico : siglo XX, siglo XXI

Geográfico : Peru, Ecuador, América latina, Europa, Bolivia, China

Licence portant sur le document : © Tous droits réservés