

II Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Valdivia, 1995.

¿Límites Teóricos o Sociopolíticos para una Interculturalidad en Salud? .

Aldo Vidal H.

Cita:

Aldo Vidal H. (1995). *¿Límites Teóricos o Sociopolíticos para una Interculturalidad en Salud?. II Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos de Chile A. G, Valdivia.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/ii.congreso.chileno.de.antropologia/54>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/e7nO/PDp>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

¿LÍMITES TEÓRICOS O SOCIOPOLÍTICOS PARA UNA INTERCULTURALIDAD EN SALUD?

Aldo Vidal H. ^[215]

Proponemos que la reflexión de lo que se ha denominado "Interculturalidad en salud", implica postular un objeto de conocimiento -y el conocimiento debe ser potenciador de acción- que requiere ser inscrito antropológicamente en determinantes previas, de las cuales dos conjuntos nos parecen especialmente relevantes:

El primero se refiere a lo que denominaremos cognitivo cultural; el segundo a lo sociopolítico.

Respecto a lo primero:

1. Proponemos que los objetos llamados medicinas constituyen estructuras conceptuales y estructuras organizacionales, (culturales, ideológicas, accionales y de recursos) en dos niveles analíticamente distinguibles:

- a) como modelos médicos y
- b) como sistemas médicos.

1a) En tanto modelos, las medicinas representan, en términos simples y sintéticos, un modelo conceptual, de carácter cognitivo cultural, conformado por asunciones, discriminaciones, definiciones, y categorías que en relación de un ámbito determinado de realidad -que es un corte cultural de ella- hacen los miembros de una cultura, en un tiempo dado.

Un rasgo esencial de un modelo así concebido, y que tiene importancia fundamental, es que no es demostrable científicamente, y de modo general puede calificarse como un conjunto de supuestos de base cultural, en el sentido que sus bases últimas se generan y explican culturalmente, y en que él es aprehendido semántica y cognitivamente- del vivir la cultura, y por tanto compartido por la mayoría de sus miembros.

Un modelo se caracteriza por tener existencia ideacional, y por generar una lógica específica: a partir de sus propias premisas y asunciones se implican cuestiones respecto al status epistemológico y ontológico de un dominio de realidad dado, (por ejemplo, de los objetos, seres, o entes existentes; sus relaciones, los tipos de conocimientos posibles, etc.) así como consecuencias normativas, pragmáticas y accionales para los individuos que comparten el modelo.

En consecuencia, los modelos son determinantes de marcos de referencia, que orientan decisiones, valoraciones y acciones de los individuos.

Así entendidos, un modelo médico porta asunciones, conceptualizaciones y categorizaciones culturales respecto de las siguientes cuestiones principales:

- i. la naturaleza de la realidad y de sus niveles, (por ejemplo, si existe lo "natural", lo "sobrenatural", cuántos mundos o realidades existen, etc.);
- ii. los fenómenos, objetos y/o seres que existen en la realidad, sus cualidades, y propiedades, sus capacidades de acción, interrelaciones, etc.; así como su relación, influencia y capacidad de interacción con lo humano;

[215] *Universidad Católica y Universidad de la Frontera. Temuco.*

- iii. La posibilidad de conocer o comprender la realidad, por parte del hombre, y las formas de conocimiento de la realidad;
 - iv. la posición del Hombre (los seres humanos) en la realidad y su relación en ella, sus partes o niveles, etc.;
 - v. la concepción de la vida y la muerte, y la relación entre los procesos y/o eventos de cada una, en particular respecto a lo que llamamos "enfermedad", y al carácter y las causas de la muerte;
 - vi. La concepción del cuerpo humano, y su relación-inserción con la realidad y sus componentes, incluyendo la composición y funcionamiento del cuerpo humano.
- 1b) Por otra parte, creemos que los modelos médicos se objetivan como conjuntos organizados, institucionales, de recursos, prácticas, procedimientos, elementos materiales, personas y normas respecto del ámbito que el modelo cultural define como pertinente, constituyendo un sistema médico.

Un sistema médico, deriva sus bases conceptuales de un modelo, y tiene existencia empírica, concreta, institucional, observable. Se implica que de un modelo médico puede "generarse" más de un tipo de sistema médico.

Proponemos que componentes mínimos de todo sistema médico son:

- b1. La definición de una estructura y organización de instituciones, roles, status, y funciones, que comprende obviamente normativas respecto de tales roles y funciones, rangos y status mutuos, jerarquías en el sistema, formas de controlar deberes, derechos, expectativas, recursos, etc.
- b2. mecanismos de reclutamiento y formación de roles, de legitimación de ellos, y de autolegitimación, constituyendo dispositivos de control ante componentes internos y del medio externo.
- b3. Procedimientos y técnicas semiológicas, etiológicas, diagnósticas y terapéuticas, fuertemente fundados en el modelo médico respectivo, y por ende el más directo indicador de él.
- b4. Recursos, materiales y tecnologías, relacionados con procedimientos y técnicas, disposiciones infraestructurales y funcionamiento global del sistema;
- b5. Escenarios y contextos propios de representación y operación del sistema, constituídos por espacios físicos e infraestructuras determinadas, que presentan un diseño, ordenamiento y organización de objetos y espacios;
- b6. Códigos, lenguajes y sistemas de comunicación específicos, de los que se debe distinguir al menos dos grandes tipos:
 - b.6.1. los referidos a los ámbitos intra sistema vs extrasistema,
 - b.6.2. los definibles como: de carácter técnico, los de carácter simbólico y los de carácter legal.
- b7. Rituales y símbolos, pertinentes a diversos constituyentes del sistema.

La interculturalidad en salud debe ser interrogada por tanto en el plano de los modelos y en el de los sistemas médicos. Al respecto creemos que si los modelos son disimilares, por definición no existe posibilidad de integración armónica, no contradictoria o no conflictiva; es decir, no hay posibilidad de interculturalidad en base a conjunciones de modelos médicos. En nuestra realidad, por ejemplo:

a.1.- Las concepciones cognitivas culturales en el ámbito de la salud, entre los modelos occidental y mapuche, son contrarios e incompatibles lógicamente y culturalmente; el modelo occidental, opera sobre -al menos- tipos de supuestos como los siguientes, absolutamente diferentes de los de la medicina indígena:

- que la realidad existe efectivamente, y que ella es cognoscible sólo por el método experimental-racional;
- que la realidad es de orden natural, ya que no existen fuerzas o entes pertenecientes a un orden de realidad diferente;
- que el método de conocimiento, y para la acción o intervención sobre "la realidad médica" se fundamenta en la ciencia;
- que el cuerpo humano es un órgano natural, y que está expuesto a la acción de seres vivos naturales (virus, bacterias, etc.), que pueden provocar su enfermedad, o la muerte;
- que el cuerpo humano es un organismo, y naturalmente enferma y muere;
- que las causas de enfermedad se hallan en la acción de entes naturales, o en procesos naturales del cuerpo humano, etc.

a.2. Incluso las bases conceptuales de los modelos médicos indígena (mapuche), popular y occidental no son compartidas, se apoyan en cosmovisiones y supuestos culturales profundamente distintos:

| MODELOS MAPUCHE, POPULAR Y OCCIDENTAL | | | |
|---------------------------------------|--|-------------------------------------|---------------------------------|
| Concepto | Modelo Mapuche | Modelo Popular | Modelo Occidental |
| 1. Realidad | Natural y Sobrenatural, en un todo | Natural- Sobrenatural | Natural |
| 2. Conocimiento de la Realidad | Conocimiento: Mágico Sagrado /Empírico-racional/ y no racional | Conocimiento: Empírico-racional/ Fe | Conocimiento: empírico-racional |
| 3. Lógicas | Lógica causal, no probabilística | Lógicas diversas | Lógica causal y probabilística |
| 4. Cuerpo humano | Ente integral, parte de una realidad total, un todo | Ente constituido por cuerpo y alma | Ente natural biológico, físico |
| 5. Entes en la realidad | Entes naturales y no "naturales" | Entes naturales y no naturales | Entes naturales |
| 6. La muerte | Natural en ciertas circunstancias | La muerte es natural | La muerte es natural |
| 7. La enfermedad | Evento mayormente no natural | Evento natural y no natural | Evento natural |
| 8. Concepción etiológica, terapéutica | Base moral y socio cultural | Base moral/ socio religiosa/natural | Base natural |

Distinta es la situación, creemos, cuando nos enfrentamos al nivel de las conductas, lo empírico, las instituciones, el sistema: allí las conductas parecen evidenciar influencias, integraciones, asimilaciones, recurrencias a múltiples sistemas, itinerarios terapéuticos simultáneos o complementarios y, por supuesto, procesos interculturales. No obstante, en esta complejidad debemos mantener la distinción analítica entre lo que corresponde al modelo y aquello pertinente al sistema.

Conductas desde el sistema médico occidental, por ejemplo, parecen validar ciertas prácticas etiológicas o terapéuticas del sistema médico indígena, puede apropiarse o integrar elementos a pautas y procedimientos de su propio sistema, y con ello sí validar tales elementos de un sistema pertinente a otra cultura, sin embargo ello no implica la validación del sistema médico ajeno como tal, ni del modelo de tal sistema, en tanto dicha apropiación o integración se hace descontextuadamente -y aún rechazando- los supuestos o patrones culturales que fundamentan a los elementos integrados.

Así debe interpretarse, por ejemplo, la adopción de la farmacopea indígena, hecho que, al contrario de nuestra posición, Duncan Pedersen considera ejemplo de "impregnación" de un modelo tradicional hacia el modelo oficial. Creemos que su posición, bastante común, implica el error de no distinguir estos dos planos, el que llamamos modelo y el del sistema.

Así, cuando un médico occidental recoge elementos de un sistema de medicina étnica, normalmente no está generando un modelo médico distinto, que sea producto de una simbiosis entre los modelos previos. Sí puede hacer una práctica médica distinta, -dentro de la medicina occidental- pero en su propia estructura cognitiva su modelo occidental continúa sin reformularse en base a supuestos del modelo indígena. Si tal reformulación ocurriera se produciría un producto nuevo, otro modelo, y si se quisiera actuar en consecuencia no sería visto estrictamente como médico occidental.

Este sistema no se caracteriza por asumir premisas o elementos de otros; y cuando lo hace los incorpora en sus líneas matrices, conceptuales o prácticas, manteniendo sus rasgos definicionales propios.

En tanto los modelos culturales existen en las mentes de los individuos y constituyen referentes profundos de decisión, acción, legitimación e identidad, parece muy poco factible que coexistan cuando apuntan a premisas tan distantes sobre ciertos objetos del pensamiento o de la realidad.

En otras palabras, no creemos que los individuos puedan funcionar con normalidad en planos de discordancia cognitivo cultural, es decir manteniendo en un nivel ideacional la fidelidad al modelo cultural propio y a la vez a modelos contrapuestos. No caben "negociaciones cognitivas", tanto por las razones derivadas del carácter y función de lo cognitivo cuanto porque la vida psico-social y cultural del individuo requiere un conjunto referencial no contradictorio frente a los mismos objetos de conciencia.

Deseando ser aún más claro: las negociaciones cognitivas corresponden a estados en que los individuos, sin conflictos de identidad ni referenciales, mantienen simultáneamente diferentes modelos cognitivo culturales respecto a ciertos ámbitos de realidad, pero no frente a los mismos objetos o categorías de pensamiento.

2. El segundo conjunto de determinantes, que hemos llamado sociopolítico, se refiere a la necesidad de situar la interculturalidad en términos de variables históricas y dinámicas en un contexto mayor, porque:

2a) Los sistemas socioculturales están en procesos de constantes cambios, no constituyen objetos absolutos en el tiempo y espacio;

2b.) Los sistemas señalados existen y cambian en el marco de las sociedades y culturas respectivas, y en el marco de tipos de relaciones dados históricamente entre éstas.

Una primera cuestión de hecho es que los modelos étnicos no pueden autoreproducirse de acuerdo a sus lógicas en contextos de subordinación, discriminación y dominio -como las de nuestro país- cuando existe carencia de bases estructurales y socioculturales que permitan su reproducción autónoma, (de mantención de la cultura en forma orgánica -y no como rasgos culturales aislados-; de continuidad y

readecuación de roles; de legitimidad de funciones y acciones; de mantención de un territorio físico y social, de vigencia y reproducción, etc.).

Una situación desigual entre sociedades y culturas se impone también a la coexistencia y relación entre sistemas médicos, cruzando sus componentes y conduciendo a un clima de homogeneización desde un polo dominante, de mayores recursos, legitimidad y prestigio, en un curso forzoso de desintegración de los correspondientes a sociedades subordinadas.

Por ende, los cambios en modelo y sistemas subordinados no devienen mayormente, en tales contextos sociopolíticos, de una lógica interna propia, sino de las variables externas impuestas a las condiciones de existencia de la sociedad y cultura dominada y al tipo de interacción con la dominante.

Así, en el caso mapuche, procesos migratorios, educacionales, religiosos, socioeconómicos y socioculturales que impactan la sociedad y cultura afectan fuertemente el modelo médico tradicional, tendiendo a la reformulación de sus supuestos y, probablemente a la extinción o falta de vigencia de ellos en un cierto plazo.

En cambio el sistema dominante evoluciona o cambia más en base a mecanismos internos. En el occidental, por ejemplo, en especial a través de los relacionados con la investigación médica y con la investigación de tecnologías, que constituyen su núcleo duro.

Por ende, en ausencia de acciones y condiciones planificadas e intencionadas de conciliación entre sistemas médicos en relación asimétrica, y de legitimidad de sus modelos, tanto en planos sociopolíticos como culturales, se concluye en la predominancia de uno de ellos y en la desaparición del otro. Lo grave es que la iniciativa respectiva, y las garantías de su éxito, por las mismas condiciones sociopolíticas, deben emanar del ámbito subordinador y de la sociedad mayor.

Queremos argumentar entonces que la intención de interculturalidad no puede restringirse a un problema de políticas sectoriales.

La sola iniciativa del sistema médico, o la sectorial, como lo demuestra la experiencia internacional, tiene por una parte el peligro de terminar integrando o asimilando culturalmente, y bajo una "dirección institucional", a través del recoger elementos útiles del otro sistema sin aceptar -o rechazando- las bases de su modelo cultural. Por otra pueden terminar como formas de difundir o profundizar acriticamente el modelo occidental y los patrones respectivos en las poblaciones subordinadas, aprovechando sus mayores recursos, especialización, éxito y universalidad.

En tal sentido las políticas de salud, por sí solas, no logran en general desprenderse de o eliminar sus bases etnocéntricas, enraizadas en la institución y sus personales. (Las recientes experiencias llamadas de interculturalidad en salud en Chile, tanto desde sectores privados como públicos, rara vez, si es que lo han hecho, se han dirigido al objetivo de mejorar los recursos de la sociedad étnica para readecuar modelos y sistemas de acuerdo a lógicas propias, con el fin de utilizar mejor elementos culturales ajenos, y menos aún para hacerlo desde objetivos de redefinición de condiciones y relaciones culturales y sociopolíticas.

No obstante lo anterior, puede apreciarse que existen tendencias objetivas, en el nivel del sistema médico oficial, que establecen mejores condiciones para políticas interculturales a nivel de sistemas:

- El desarrollo actual de nuevas concepciones y supuestos psico-socioculturales acerca del enfermar, la curación, la prevención, inducido por nuevas visiones de la eficacia de la medicina occidental y de los nuevos problemas en salud
- las tendencias epidemiológicas que han acompañado los procesos socioeconómicos de las últimas décadas, relacionadas también con la percepción de problemas de salud poblacionalmente segmentados,

- la investigación médica y científica del sistema inmunológico humano y de la relación entre estados mentales y salud;
- el impacto de ciertos desarrollos de las ciencias sociales, en particular en la discusión de bases y premisas del modelo médico contemporáneo, de las formas de acción del sistema, y de las eficacias y satisfacciones de expectativas de su función.
- la necesidad de contacto y coordinación con otros sistemas médicos, en vista de estrategias institucionales dirigidas a metas básicas en salud para todos los países (en áreas de Salud Pública, y en niveles primario de atención, así como en la Estrategia de Atención Primaria, etc.) que obligan a la vinculación con subculturas y culturas distintas, y por ende con sus respectivos sistemas médicos. En tales estrategias son entonces cruciales los aportes de las ciencias sociales; los enfoques socioculturales de "lo médico"; la participación (en especial la comunitaria); la coordinación con otros sistemas en espacios de operación de éstos, la redistribución de recursos y poder, etc.

Este conjunto de hechos pueden influir el modelo de medicina occidental, particularmente en la esfera de concepciones etiológicas y terapéuticas, en una disposición a revisar paradigmas médicos olvidados, que acentuaban la interrelación de lo psicológico, biológico y sociocultural, la imagen integral del organismo humano y la relación mente-cuerpo, el enfoque a la salud familiar, así como el interés en la relación entre las conductas individuales y los problemas de salud, etc. Todos ellos son componentes de importancia tradicional en el cuerpo de premisas de modelos indígenas.

A nivel del sistema médico oficial ello puede traducirse en una mayor atención a las medicinas tradicionales y étnicas, en al menos dos ejes: la apropiación de un conocimiento "potencialmente científico", y la exploración de formas de colaboración o coordinación con agentes de otros modelos, en particular respecto de conductas, itinerarios y derivaciones terapéuticos y de adecuación de aspectos del sistema para responder a la diversidad de los patrones cognitivos, de identidad y socioculturales de una población. En tal situación la existencia de una interculturalidad en el plano de las acciones requeriría profundos cambios institucionales, así como de mentalidad en los personales del sistema occidental, en particular en su rol más importante, el médico, para reconocer la especialización, funciones médicas y socio-culturales válidas y legítimas, así como los modelos cognitivos de cada sistema médico, incluyendo el propio. Luego de ello sería posible coordinar acciones y usos de recursos en forma social y culturalmente aceptable para todos los actores.

Una política o intención intercultural requiere, por conclusión, inscribirse tanto en las políticas o acciones sectoriales y del sistema, como en un proceso mucho más global a nivel de Estado y de sociedad, referido a reconocer un marco político histórico y un clima público de opresión y negación de otra sociedad y cultura y, consecuentemente, a establecer sobre nuevas bases los marcos sociopolíticos y jurídicos para la coexistencia y el ejercicio de sociedades, culturas e identidades y para la redistribución del poder y la participación. (Por ejemplo, políticas territoriales, autonómicas, de gobierno, de reconocimiento constitucional, etc.). Creemos que ello no ha ocurrido hasta ahora con el Estado ni la mayor parte de la sociedad nacional.

BIBLIOGRAFÍA

- Alarcón, M. Ana. et al. **Medicinas y Culturas en la Araucanía**. Editorial Sudamericana, Santiago, Chile, 1995.
- Amodio, Emanuele. **Los nombres del cuerpo: modelos médicos e investigación antropológica**, Ediciones ASOYAC, Caracas, Venezuela, 1990.
- Anderson, Bárbara, Foster, George. **Medical Anthropology**. John Wiley & Sons edits. Berkeley, U.S.A., 1978.
- Barría, Cristián et al. **Estudios de psiquiatría transcultural**. Hospital Psiquiátrico, Santiago, Chile, 1981.

- Biederman, Niels. "Enfermedad mental e identidad cultural en la etnia mapuche en Chile", En: **Otras Realidades, Otras Vías de Acceso, Psicología y Psiquiatría Transcultural en América Latina**. Horacio Riquelme (coordinador). Editorial Nueva Sociedad, Caracas, 1992.
- Dowling, Jorge. **Religión, chamanismo y mitología mapuche**. Editorial Universitaria, Santiago, Chile, 1971. en Primer Seminario de la Sociedad de Psiquiatría del Sur de Chile, (fotocopia), págs. 14, 1984.
- Eliade, Mircea. **El chamanismo y las técnicas arcaicas del éxtasis**. Fondo de Cultura Económica, México, 1957.
- Lo Sagrado y lo Profano**. Editorial Labor, Barcelona, 1957.
- Faron, Louis. **Hawks of the sun: mapuche morality and its ritual attributes**. University of Pittsburg Press, Pittsburg, U.S.A. 1964.
- Grebe, M. Ester et al. "Cosmovisión mapuche". En: (separata) **Cuadernos de la Realidad Nacional** N° 14, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile, (fotocopia), págs. 73, 1972.
- "El discurso chamánico mapuche: consideraciones antropológicas preliminares", En: **Actas de Lengua y Literatura Mapuche**, N° 2, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile; págs. 47-66, 1986.
- "La medicina tradicional. Una perspectiva antropológica". En **Enfoques de Atención Primaria**, año 3, N° 3, PAESMI, Santiago, Chile, 1988.
- Horwitz, José. Marconi, Juan (Editores.) **Evaluación de Definiciones Transculturales para estudios epidemiológicos en salud mental: aspectos metodológicos**. Servicio Nacional de Salud, Universidad de Chile, Santiago, Chile, 1965.
- Kiev, Ari. **Curanderismo**. Editorial Joaquín Mortiz, México D.F., 1972.
- Marconi, Juan., Muñoz, Luis et al. "Cross-cultural definitions applied to the study of functional psychosis in chilean mapuches". En: **British Journal of Psychiatry**, N° 112, Londres, págs. 1205-1215, 1966.
- Nakashima, Lydia. "El carácter progresivo de la teoría de los sueños mapuches". En: **Actas de Lengua y Literatura Mapuche**, Facultad de Educación y Humanidades, Universidad de la Frontera, Temuco, Chile, págs 185-199, 1986.
- Pedersen Duncan. "Salud y culturas médicas tradicionales en América Latina". En **Enfoques de atención primaria**, Editorial PAESMI, Año 3, N° 2, Santiago, Chile, págs. 5-16, 1988.
- "Elementos para el análisis de los sistemas médicos". En: **Enfoques de Atención Primaria** año 4, N° 1, PAESMI, Santiago, Chile, págs. 6-24, 1989.
- Roa, Armando. "Concepto transcultural de salud y enfermedad". En **Revista de Psiquiatría**, volumen. IV, N° 2, Santiago, Chile, 1955.
- Velimirovic, Boris (editor). **La medicina moderna y la antropología médica en la población fronteriza Mexicano Estadounidense**. Organización Panamericana de la Salud (OPS) Washington, 1978.
- Young, Allan. "The relevance of traditional medical cultures to modern primary health care". En **Social Science and Medicine**, volumen. 17, N° 16, Pregamon Press Ltd., Londres, págs. 1205-1211, 1983