

Salud, conflicto y transferecia de saberes en la cultura popular

MANUEL AMEZCUA

*Laboratorio de Antropología Cultural
Universidad de Granada*

Tomar conciencia de la diversidad es un ejercicio intelectual tan loable como justo, pero cuando además se comparte con plenitud la cultura del otro, el enriquecimiento es tan intenso que provoca una cierta transformación en quien lo experimenta. Esa es una de las consecuencias que he extraído tras unos meses de estancia en Sudamérica, donde acudí becado por la Junta de Andalucía para conocer sistemas alternativos en Promoción de la Salud Comunitaria, y de donde regresé con algunas convicciones alteradas.

Algunas de ellas se refieren al papel que la cultura juega en el proceso salud-enfermedad y hasta qué punto el sistema médico hegemónico (el nuestro) tiene capacidad de aceptar las alternativas que emanan de ese patrimonio cultural que es el saber tradicional-popular (el de los otros). Soy de la opción de que existe una cierta irracionalidad en el posicionamiento del profesional de la salud ante los saberes que no emanan de su estructura académica. Que aún sin darnos cuenta promovemos un conflicto ciencia-cultura popular que conlleva la fatalización de los saberes tradicionales y tiene como efecto, cuando se nos hace caso, la pérdida progresiva de la capacidad humana de autocuidarse, fomentando una dependencia excesiva del sistema médico-sanitario oficial.

En nuestro país gozamos de un sistema sanitario muy solidario, por ser, al menos en teoría, universal y gratuito para todos los ciudadanos son distinción de clases. Pero por ese efecto de la dependencia tenemos también serias dificultades para mantenerlo. Por ejemplo, estamos demostrando nuestra incapacidad para controlar la demanda de servicios, que provoca, entre otras cosas, listas de espera irracionales y un consumo de recursos (servicios, medica-

mentos, etc.) que pone al sistema al borde de la quiebra. Claro está que este caos aparente es aprovechado por algunos, que casi siempre son los mismos, para beneficiarse tanto económicamente como en cotas de poder.

Cuando decidí atravesar el Atlántico lo hice llevado por el tópico de que en Latinoamérica las cosas deberían estar algo menos organizadas que en Europa. Que la pervivencia de sociedades primitivas me permitiría observar otras alternativas en el abordaje de la salud. Y así ha sido, al menos en parte. Durante varias semanas he estado conviviendo con profesionales que trabajan en apartadas veredas con campesinos e incluso con poblaciones indígenas. Y si bien es cierto que he podido verificar la utilización de procedimientos que aquí sólo aparecen ya en los libros de historia, no lo es menos el hecho de que el fenómeno globalizador y el cambio cultural también ha llegado a tan recónditos lugares, lo que hace sospechar que el efecto de la pérdida cultural también es algo que ha de plantearse incluso en los pocos paraísos que aún existen.

Todo ello me lleva a plantear que nuestras estructuras académicas deberían adaptarse para evitar en lo posible la pérdida progresiva de los saberes que han sustentado desde tiempo inmemorial los sentimientos de protección de la vida. Y no como algo anecdótico o que pudiera engrosar nuestros museos de curiosidades, sino como un saber efectivo que es capaz de resolver múltiples problemas a poco que lo hagamos pasar por el tamiz de la ciencia.

Desde un país del tercer mundo las evocaciones a los tiempos de antes de Almatá (que es como hablar de los tiempos de Maricastaña) son inevitables. A la memoria de uno, que como tantos otros me tocó ejer-

zer la enfermería en un consultorio rural antes de la reforma sanitaria, le llegan diapositivas de no pocos momentos en que el mundo profesional tuvo que enfrentarse a situaciones culturales para las que no había sido preparado, y que pusieron a prueba la capacidad de conjugar lo que según mis enseñantes debería de ser y lo que según mis clientes era.

Casi dos décadas después he continuado acumulando experiencias que evidencian que en la Universidad no se nos enseña todo lo que tiene que ver con la salud, sino sólo una parte, aquella que se refiere a las maneras de combatir el dolor y la enfermedad desde una perspectiva biológica y con las herramientas que nos provee la ciencia, de forma que sólo son accesibles a los pocos que tenemos la posibilidad de iniciarnos en ellas. Se nos educa bajo la premisa de que dos y dos son siempre cuatro, pero cuando salimos al mundo nos damos cuenta de que esto no es siempre así. Cuando observamos nuestra realidad más cercana, entre nuestra familia o los de nuestro pueblo, contemplamos representaciones sobre la salud y la enfermedad aceptadas y profesadas de las que nada se habla en la Escuela de Enfermería. Estas concepciones, compartidas por la mayoría de la gente, admiten que en el mantenimiento de la salud no solo tienen que ver las relaciones biológicas, sino que éstas se pueden ver modificadas por la influencia de otros elementos que se sitúan en la naturaleza o por encima de ella. De esta forma las concepciones populares sobre la salud constituyen un saber independiente, emanado de tradiciones propias de una clase popular y fruto de su genio creador cotidiano¹. En el saber popular se incluyen una diversidad de conocimientos empíricos basados en la experiencia (partería, sobandería), muchas veces compartidos por la ciencia, que son fruto de una transferencia o vulgarización de saberes (anatomía, automedicación), mientras que se mantienen otros que la medicina ha abandonado paulatinamente (utilización de plantas medicinales).

Pero el hecho diferenciador de los saberes tradicionales es que junto a los conocimientos compartidos con la ciencia se dan unas representaciones de la salud-enfermedad de aspecto arcaico que incluyen:

- lo cósmico, que admite la intervención de la naturaleza (influencia de los astros, de las fases de la luna, etc.).
- lo mágico, que acepta influencia de las relaciones sociales (el maleficio, la fascinación o mal de ojo, las brujas, el animismo, etc.).
- lo religioso y sus interpretaciones teúrgicas (la idea del milagro, los santos protectores, etc.).

- lo simbólico y sus relaciones con el esoterismo (interpretaciones cabalísticas, los signos, el ocultismo, la astrología, la mitología, etc.).

Los saberes tradicionales no se encuentran en los libros, sino en la memoria colectiva de la gente, forman parte de la cultura y por eso se mantienen indefinidamente. Se transmiten por vía oral, como todas las cosas populares, y de cara al saber científico, profesado por nosotros, se comporta como alternativo y complementario pero sin apariencia de conflicto. En cambio sí se produce el conflicto entre el saber científico y el saber tradicional, debido al carácter excluyente del primero que, consciente de que el conocimiento es poder, termina monopolizándolo², de paso que combate y aniquila los saberes tradicionales. Prueba de ello es que éstos se debilitan y desaparecen en las zonas de máxima influencia de la medicina, mientras que se mantienen intactos allí donde la presencia institucional es débil o no llega (zonas campesinas e indígenas).

Si lo miramos desde una perspectiva antropológica, ambos saberes deberían tener cabida en una sociedad caracterizada por la diversidad cultural. Ambos se complementan y dependen el uno del otro. Así como ambos tienen bondades y limitaciones o efectos perversos que deberíamos esforzarnos en controlar: el saber tradicional se agota en sí mismo y depende excesivamente de los recursos disponibles, de experimentación y avance, basándose en la evidencia científica, pero genera una dependencia excesiva.

Nos guste o no, ambos saberes son una realidad con la que tenemos que abordar nuestro ejercicio profesional, en ocasiones haciéndole sitio al nuestro. Se sabe que las intervenciones de enfermería que aplican prácticas específicas de la cultura local producen mayores satisfacciones en la gente³. Pero aunque no podamos compartir muchos de estos conocimientos, deberíamos de estar en condiciones de comprenderles para evitar el rechazo cultural. Se trata de eliminar la idea de la superstición, bajo la cual la Inquisición persiguió y combatió a mucha gente inocente: no seamos los nuevos inquisidores.

Nuestra posición ante la salud no debiera suponer la apropiación de la responsabilidad de los otros de cuidarse, algo por otra parte desorbitado e imposible de asumir por muchos recursos que tengamos. Muy al contrario deberíamos de fomentar la autonomía de la gente, concienciándoles de su responsabilidad a la hora de mantener su salud. Y para ello deberíamos de revitalizar los postulados de Alma-Ata, aquellos que hablaban de fomentar estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad basadas en acciones educativas.

Pero para que ello sea posible, para que podamos educar con eficacia, también debemos esforzarnos por conocer ese otro lado de la salud que es el pensamiento de los otros, su mentalidad, sus representaciones del mundo, sus capacidades y sus procedimientos tradicionales. Desde mi punto de vista no basta con afrontar nuestro ejercicio profesional con la actitud paternalista que se nos ha inculcado, de pensar que seremos los salvadores del mundo. Sería más honesto mantener intacta la capacidad de continuar aprendiendo, pero esta vez no sólo en los manuales, sino también en esa fuente inagotable de saberes que es la comunidad. Regresé de Sudamérica con el convencimiento reforzado de que los profesionales de la salud tenemos la responsabilidad de proteger, recuperar y restaurar los conocimientos médicos tradicionales de la misma manera que se suele hacer con otros elementos de nuestro patrimonio cultural. Si ya se hace con la arquitectura, con la música, con la gastronomía o con las fiestas populares, ¿por qué no también con los remedios tradicionales?

Para ello tendremos que variar nuestros enfoques clásicos de la investigación, compensando la seducción del número propia de los análisis cuantitativos con el relato personal y colectivo de la gente, adoptando técnicas cualitativas que nos permitan conocer las relaciones culturales que se producen en torno a la salud^{4,5}. Y con un enfoque que permita la participación efectiva de los ciudadanos y la transferencia e intercambio de saberes⁶. Naturalmente estoy defendiendo la necesidad de incorporar diseños etnográficos a la investigación enfermera, algo que ya hizo Leininger en Estados Unidos hace casi media década cuando formuló su modelo de enfermería transcultural⁷, así como a descubrir ese lado práctico y eficaz de los estudios cualitativos materializado a través de la investigación participativa^{2,6}.

Que todo ello es necesario lo puso de manifiesto hace ya más de dos décadas la OMS cuando preconizó la necesidad de promocionar y desarrollar otras alternativas médicas (refiriéndose a la medicina tradicional) con el fin de ampliar coberturas sanitarias y utilizar al máximo los recursos disponibles en cada país⁸. Que además es posible he tenido la oportunidad de verificarlo al conocer diversas experiencias de desarrollo en salud comunitaria llevadas a cabo de manera altruista por diversas fundaciones sanitarias con un enfoque holístico, integrador y solidario⁹. Y que de ello se puede beneficiar también la ciencia lo han demostrado algunas universidades con una capacidad especial para acercarse a la problemática real de la sociedad¹⁰.

Hace apenas unos meses, en una agradable caminata al amanecer por la selva amazónica, don Clarindo, un viejo ticuna que me sirvió de guía, por darme gusto me enseñaba todas las posibilidades terapéuticas que los de su tribu atribuyen a la variedad de plantas que encontrábamos a nuestro paso, que no eran pocas. Mientras le escuchaba absorto, como el que escucha a un viejo alquimista caído de un cuento medieval, caí en la cuenta que en aquella alocada incursión a tan apartada región del mundo no había echado mi botiquín ni encontraría una farmacia en varias horas en bote. Si algún bicho insolente, de esos que tanto aprecian las pálidas carnes de los europeos, se determinara a darme su bienvenida como suelen hacerlo, no me quedaría más que una doble alternativa: o encomendarme a esa divinidad a la que uno apela como a Santa Bárbara, sólo cuando truena, o de manera más práctica fiarme del saber de don Clarindo y aplicarme el remedio que hubiese dispuesto administrarme ¿qué hubieran hecho ustedes?

Bibliografía

1. Stavenhagen R. La cultura popular y la creación intelectual. En Colombres A (comp.), *La cultura popular*, 4ª ed. México: Premiá Editora-Dirección General de Culturas Populares de la Secretaría de Educación Pública, 1984: 21-39.
2. Gabarrón L.R. y Hernández Landa L. Investigación participativa. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 1994. Cuadernos metodológicos, 10.
3. Leininger M. *Nursing an Antropology: Two Worlds to Blend*. New York: John Wiley. 1970.
4. Denzin N., Lincoln Y.S. *Handbook de Qualitative Research*. Nueva York: Sage, 1994.
5. Morse J.M. (ed.). *Critical Issues in Qualitative Research Methods*. Newbury Park: Sage Publications 1994.
6. Fals Borda O., Rodríguez Brandao C. *Investigación participativa*. Montevideo: Banda Oriental, 1987.
7. Leininger M. *Transcultural Nursing: Concepts, Theories and Practices*. New York: John Wiley & Sons 1978.
8. *Promoción y desarrollo de la Medicina Tradicional* Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1978. Serie de Informes Técnicos, 622.
9. Herrera X., Lobo-Guerrero M. *Investigación Participativa en Salud*. Bogotá: Fundación Etnollano, 1990.
10. Romero M.N. El saber y las prácticas médicas tradicionales: una estrategia de articulación para el desarrollo de la atención primaria en salud, departamento de Boyacá. *Perspectiva Salud-Enfermedad*, 1996; 11 39-49.

* Este artículo es una síntesis de la conferencia pronunciada por su autor con motivo de la inauguración de la Cátedra de Medicina Social «Guillermo Fergusson», en la Facultad de Medicina de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, el 25 de agosto de 1998.