
ANTROPOLOGÍA Y LA DESNATURALIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD: SOBRE LA CONCEPCIÓN DE ENFERMEDAD DE COMUNIDADES MBYÁ EN MISIONES

*Alfonsina CANTORE**

Fecha de recepción: 05 de octubre de 2014

Fecha de aprobación: 20 de noviembre de 2014

Resumen

En la actualidad existen distintos modelos de atención médica que surgen a partir de la subordinación de un tipo de medicina a otro, propio del sistema capitalista en el que vivimos. La medicina occidental se construye en sociedad como indiscutible por su condición de científica y biologicista, en la cual se considera prioritaria la evolución de la enfermedad ante cualquier otra característica como su historicidad. Sin embargo, otras sociedades nos muestran sus propias prácticas y concepciones sobre el proceso de salud/enfermedad/atención. A partir del ejemplo de comunidades Mbyá Guaraní de la provincia de Misiones pretendemos desnaturalizar el sistema médico occidental de salud y enfermedad, dando cuenta de que no es el único válido. Si bien estas medicinas muchas veces se contraponen, muchas otras se complementan y resignifican en las sociedades dominadas. Pero, no sucede esto mismo por parte del Estado, con el que permanentemente interactúan, ya que éste homogeneiza y oculta la diferencia a partir de un discurso de interculturalidad.

Palabras claves

Medicina occidental/medicina alternativa – Proceso de salud/enfermedad/atención – Interculturalidad.

* Profesora en ciencias antropológicas en la Facultad de Filosofía y Letras de la UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES (Argentina). Correo electrónico de contacto: fotia@hotmail.com.

Abstract

There are currently different models of medical attention that arise from the subordination of one kind of medicine to other – the one of the capitalist system we live in. Occidental medicine becomes indisputable in society, because of its scientific and biologicistic character, in which evolution of illness is considered of first importance facing any other feature as its historicity. However, other communities show us their own practices and conceptions on the health-illness-medical attention process. From the example of the Mbyá Guaraní community, denaturalizing the occidental medical system of health and illness is intended – to show that it is not the only acceptable one. Whereas these medicines often collide, many others complement each other; however, the state homogenizes and hides the difference, from a speech of interculturality.

Keywords

Occidental medicine – Alternative medicine – Health-illness-medical attention process – Interculturality

I. Introducción

Este artículo tiene como finalidad presentar los distintos modelos de salud que surgen dentro del sistema capitalista. Desde la antropología entendemos a la salud como una construcción social e histórica, un espacio sujeto a transformaciones. Allí los grupos y personas interactúan activamente con la sociedad envolvente –a la que referimos como sociedad nacional y dominante– y hacia las políticas sanitarias o de salud que sobre ellos se aplican. La salud como producto físico y social responde también a códigos culturales. Lo que son conductas saludables, higiénicas en una cultura, no necesariamente son consideradas como tales en otras culturas. La salud y la enfermedad solo pueden ser entendidas en el contexto de la cultura (RODRÍGUEZ, 2008: 5).

La idea central de la cual parte esta disciplina es que el proceso capitalista conduce a varios modelos de atención médica, entre ellos el modelo médico hegemónico (MENÉNDEZ, 1992: 98). Los proyectos que forman parte del campo de la salud se asientan en un marco globalizador, pertenecientes a este modelo, donde se legitiman desigualdades y relaciones de poder entre la visión hegemónica de "la salud" y las percepciones subalternas (MENÉNDEZ, 1990; MENÉNDEZ, 2002; GRIMBERG 1995). Variados trabajos de Antropología de la Salud se han dedicado a revelar las asimetrías entre la biomedicina y la medicina tradicional. Asimetría que presenta estrategias de asimilación y control de una

sobre la otra. Muchos de los antropólogos intentan demostrar que las problemáticas de salud pública tienen que ver con la situación política, socioeconómica y cultural de los grupos y no exclusivamente con aspectos sanitarios. Así, promueven un enfoque superador de dicotomías como: individuo/sociedad, médico/paciente, enfermedad/individuo, salud/enfermedad, enfermedad/atención, otros (SHEPER-HUGHES y LOCK, 1987; COMAROFF, 1992; RODRÍGUEZ, 2010).

La medicina tradicional indígena se presenta como un modelo alternativo a la medicina occidental, pero reconocida por esta última como subordinada. Con el fin de ejemplificar lo dicho hasta aquí enfatizaremos en lo que respecta a las comunidades Mbyá de la Provincia de Misiones. Los distintos autores que tratan la salud Mbyá Guaraní destacan que la “buena salud” en estos grupos es definida por el “ser Mbyá”, es decir, por su ideal de “persona”.

En este contexto el discurso de la salud intercultural se presenta como armonizador de la relación compleja entre los diferentes tipos de medicina. Sin embargo, muchas veces es apropiado por parte del Estado como un discurso apaciguador y homogeneizador de la diferencia (RAMÍREZ HITA, 2011; BOCCARA y BOLADOS, 2008).

El presente texto tiene como objetivo desnaturalizar los conceptos de salud y enfermedad a partir de la presentación de un estado del arte, de la recopilación bibliográfica de distintos autores que han tratado estos temas y en particular, los referentes a comunidades Mbyá Guaraní.

II. La medicina occidental y el modelo médico hegemónico

Es necesario aclarar de qué hablamos cuando nos referimos al modelo médico hegemónico y a los modelos alternativos. Los modelos son construcciones, y solo el contexto histórico y social permiten darnos cuenta de cuál es el modelo que está operando en cada caso. Los mismos modelos son dinámicos y están en proceso de transformación permanente (MENÉNDEZ, 1992:100).

Para la finalidad de este texto haremos hincapié en tres categorías que subyacen en el modelo médico hegemónico, a saber: el poder, la hegemonía y la subalteridad. Si bien no haremos un recorrido por dichas categorías, a través de algunos rasgos de este modelo nos permitiremos el análisis de éstas. Al fin del presente texto, las consideramos

importantes no sólo como críticas al modelo en sí, sino como forma de relación y diálogo entre la medicina occidental –que aquí representaremos bajo el modelo médico hegemónico¹ y la medicina tradicional –a la que referiremos más adelante dentro del análisis de la salud en comunidades indígenas–.

A continuación esbozaremos una serie de características para describir el modelo médico hegemónico, siguiendo el análisis de Eduardo MENÉNDEZ, quien en varios trabajos se ha ocupado de este. En primer lugar, es necesario contextualizar este modelo dentro del capitalismo y, por formar parte de tal sistema, representa ciertas características del mismo. Así, en el proceso capitalista, el modelo médico hegemónico pretende la exclusión ideológica y jurídica de los otros modelos alternativos, lo cual en la práctica, mucha veces se resuelve por la apropiación y transformación de los mismos. Esta situación puede generarse porque la organización social, ideológica y política que opera en las prácticas médicas y otras, tiende a producir la exclusión de sistemas alternativos, a partir de la subordinación ideológica del modelo médico hegemónico (MENÉNDEZ, 1992: 98).

Por modelo médico hegemónico se entiende un conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por la medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha logrado establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta llegar a identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado (MENÉNDEZ, 1988:461). De esta manera, MENÉNDEZ sostiene que (1992: 110):

[l]a expansión de este modelo se caracteriza por la concentración monopólica en la atención a la salud y una función cada vez más directa del Estado, un proceso de profesionalización de los agentes de salud –no exclusiva al médico– y el desarrollo de un proceso de eficacia centrado en los medicamentos.

Su carácter expansivo opera a través de lo que se denomina proceso de medicalización. Este concepto en palabras de MENÉNDEZ (1992) refiere a (p. 101),

¹ Cómo se playó en el cuerpo del texto, este modelo al ser dinámico y en proceso de transformación, y ser una construcción que permite un cierto análisis, creemos junto con MENÉNDEZ (1988, 1992, 2003) que medicina occidental y modelo médico hegemónico no son sinónimos, sino que comparten una serie de características.

[l]as prácticas ideológicas y saberes manejado no sólo por los médicos, sino también por los conjuntos que actúan en dichas prácticas, las cuales refieren a una extensión cada vez más acentuadas de sus funciones curativas y preventivas, a funciones de control y normalización.

El proceso de medicalización convierte la enfermedad en toda una serie de episodios vitales que son parte de los comportamientos de la vida cotidiana de los sujetos. Estos acontecimientos que antes eran parte del día a día de las personas pasan a ser explicados y tratados como enfermedades. Este proceso produce que los sujetos y grupos los asuman en términos de enfermedad, que pasen a explicarlos y atenderlos, en gran medida a través de técnicas y concepciones biomédicas (MENÉNDEZ, 2003: 193).

Este modelo presenta los siguientes rasgos (MENÉNDEZ, 1992:102):

biologismos, concepción teórica evolucionista positivista, ahistoricidad, asocialidad, individualismo, eficacia pragmática, la salud como mercancía, relaciones asimétricas en el vínculo médico-paciente, participación subordinada y pasiva de los consumidores de las acciones de la salud, producción de acciones que tienden a excluir al consumidor del saber médico, legitimación jurídica y académica de otras prácticas curadoras, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de los otros modelos, tendencia a la expansión sobre nuevas áreas problemáticas a las que “medicaliza”, normatización de la salud/enfermedad en sentido medicalizador, tendencia al control social e ideológico, tendencia introductora al consumismo médico, tendencia al dominio sobre la cuantificación de la calidad, tendencia a la escisión entre teoría y práctica, correlativa a la tendencia a escindir la práctica de la investigación.

El modelo es legitimado dentro del sistema por su cientificidad. La cual es atestiguada por su carácter dominante: el biologismo. El biologismo además, garantiza la diferenciación y jerarquización respecto a otros factores explicativos (MENÉNDEZ, 1988: 462):

[e]l biologismo constituye un carácter tan obvio del modelo, que no aparece reflexionado en las consecuencias que él tiene para la

orientación dominante de la perspectiva médica hacia los problemas de salud/enfermedad. De hecho el biologismo subordina en términos metodológicos y en términos ideológicos a los otros niveles explicativos posibles. Lo manifiesto de la enfermedad es ponderado en función de este rasgo, como lo casual, sin remitir a la red de relaciones sociales que determinan lo fenoménico de la enfermedad.

El carácter del biologismo inherente a la ideología médica es uno de los principales factores de exclusión de cualquier otra forma cultural y en consecuencia de formas subalterizadas. Tal exclusión se explica, ya que se considera la evolución de la enfermedad y no su historicidad. El biologismo es el que posibilita proponer una historia natural de la enfermedad en la cual la historia social de los padecimientos queda excluida o convertida en variables bioecológicas. Éste no acepta cualquier otra forma de procesos de salud/enfermedad que correspondan a otros factores históricos, sociales y culturales (MENÉNDEZ, 2003:194). Como planteamos antes esta característica corresponde a un modelo, con ello queremos decir que actualmente los límites del biologismo no son tan estrechos y definidos, sujeto a nuevas dinámicas y transformaciones tanto a nivel cotidiano de los sujetos como acercamientos epistemológicos de la medicina occidental con otro tipo de medicinas.

Otra de las características que nos interesa desarrollar es la tendencia por la estructuración jerarquizada en la organización interna y externa de las prácticas médicas. Entre algunas de sus relaciones asimétricas y jerarquizadas se presenta el vínculo médico/paciente. Esta relación se caracteriza especialmente en el primer nivel de atención, en donde la palabra del médico empodera por la profesionalización de su trabajo y la legitimidad del biologismo (MENÉNDEZ, 2003: 195). Los discursos legitimados sobre la salud provienen, en la cultura occidental, del personal de salud quien tiene la autoridad de definir lo que es saludable. Las instituciones a su vez reproducen los discursos y se organizan para atender la salud bajo reglas establecidas. El médico posee el poder del conocimiento, los pacientes siguen prescripciones, las instituciones aseguran las condiciones para que se cumpla el proceso (RODRÍGUEZ, 2008: 8).

El conjunto de estas y otras características del modelo médico hegemónico, y no cada característica en sí misma tiende a establecer una relación de hegemonía/subalternidad de la biomedicina respecto de las otras formas de atención no biomédicas, así las excluye, ignora o estigmatiza. Aunque alguna veces "tiende a una

aceptación crítica o inclusive a una apropiación o a un uso complementario sobre todo de ciertas técnicas, pero siempre con carácter subordinado” (MENÉNDEZ, 2003: 198).

En contrapartida a este modelo, asumimos que en muchas sociedades existen muy diferentes formas de atención a la enfermedad que suelen utilizar diversas técnicas diagnósticas, diferentes indicadores para la detección del problema, así como variadas formas de tratamiento e inclusive diferentes criterios de curación. Sin embargo, desde la perspectiva del sector de salud y de la biomedicina, muchas de las actividades alternativas de atención a los padecimientos son negadas, ignoradas y marginadas, más allá de su eficacia o ser utilizada frecuentemente por diferentes sectores de la población.

Las diversas formas de atención que actualmente operan en una sociedad determinada tienen que ver con las condiciones religiosas, étnicas, económico/políticas, técnicas y científicas que habrían dado lugar al desarrollo de formas antagónicas o por lo menos fuertemente diferenciadas especialmente entre la biomedicina y la mayoría de las otras formas de atención (MENÉNDEZ, 2003:186).

Desde nuestra perspectiva sólo tomando en cuenta los procesos y factores culturales, podemos observar la existencia de otras formas de atención de la enfermedad. Estas otras formas de atención se diferencian no sólo en el “tipo de técnicas utilizadas sino en el sentido y significado cultural con que se las utiliza, residiendo en ello gran parte de su función cultural más allá de su eficacia específica” (MENÉNDEZ, 2003: 197). En los sectores de salud si bien se habla de la significación de la pobreza, el nivel de ingresos, de la calidad de la vivienda o del acceso al agua potable como factores que inciden en el proceso salud/enfermedad/atención, no se reconoce la incidencia de factores religiosos o de las creencias populares respecto del proceso salud/enfermedad/atención por parte de la biomedicina (id.).

Como explicamos, en el sistema de salud occidental se expresa un modelo que corresponde a la visión etnocéntrica de la salud y de la medicina. Este tiende a percibir la salud desde el patrón cultural occidental. Esta forma de entender la salud se aplica también para juzgar los conocimientos y prácticas de otras culturas, como las de las comunidades indígenas. Una es la perspectiva del médico occidental y el personal de salud, y otra la de las personas indígenas que acuden a los servicios. Sin embargo, y pese a

las diferencias entre estas dos visiones, no se trata de dos mundos contrapuestos, sino en constante diálogo y apropiación de una por parte de la otra (RODRÍGUEZ, 2010: 6).

La perspectiva positivista de la biomedicina, reduce la salud y enfermedad como meros datos externos al sujeto. Sin embargo, esta reducción es rechazada por los pacientes, lo cual se hace más evidente en pueblos indígenas (RODRÍGUEZ, 2010:12),

donde estos procesos deben ser entendidos de manera contextual, donde lo individual está unido a lo colectivo y social, donde el cuerpo no puede ser analizado solo desde su materialidad y donde el desequilibrio que afecta a los diferentes ámbitos de la vida, sean naturales, sociales, espirituales o divinos, debe ser restaurado en su multidimensión física y espiritual, cósmica.

III. Concepciones de salud/enfermedad/atención en comunidades Mbyá

Las comunidades indígenas presentan un claro ejemplo de modelos alternativos dentro de los sistemas médicos. Quizás por la distancia con que se enfrenta el modelo tradicional, nos permiten desnaturalizar nuestras propias categorías y por lo tanto, el sistema médico occidental al conocer sus procesos médicos.

Para estos pueblos, las enfermedades (físicas, emocionales, mentales, otras) pueden tener origen en una cantidad de desbalances sufridos por el cuerpo. La enfermedad se presenta cuando hay una ruptura en el equilibrio social o cósmico. Estos desequilibrios pueden provenir de diversos factores: el medio ambiente, las relaciones internas o externas a la comunidad, los modos de alimentación, y más, que pueden llevar al desbalance y la enfermedad (RODRÍGUEZ, 2010: 12).

Para dar cuenta de estos "otros modos de medicina" explayaremos las concepciones de salud/enfermedad/atención en comunidades Mbyá Guaraní en la provincia de Misiones. A modo de ordenar la lectura de este texto: en primer lugar, creemos necesario contextualizar la relación entre las comunidades y la provincia. Luego, intentaremos detallar el sistema de salud Mbyá, a partir de la bibliografía de aquél. Y por último, nos referiremos brevemente a la relación del sistema de salud Mbyá y el occidental; sus encuentros y complementariedades.

En la provincia de Misiones (Argentina) habitan 13.006 indígenas o descendientes de pueblos indígenas (INDEC, 2010). En su mayoría Mbyá Guaraní, quienes se encuentran ubicados en núcleos, en el área rural y son hablantes de la lengua homónima (GRÜNBERG y MELIÀ, 2008). Los núcleos Mbyá presentan grandes diferencias, principalmente en sus vínculos con el Estado: “en términos generales, un tercio de los núcleos tiene acceso a la escolaridad y una menor proporción accede a planes de asistencia social y al sistema provincial de salud” (ENRIZ, 2010: 119).

Hasta la década de 1950, la población indígena de la provincia había permanecido invisibilizada por los agentes estatales. El reconocimiento de la misma llevó a cambios significativos en la relación de los Mbyá y el Estado, donde reconocemos la incorporación de políticas públicas destinadas a esta población². Estas políticas incluían intervenciones en una gran cantidad de temas como, por ejemplo, el ámbito escolar, sanitario, habitacional, productivo, etc.; orientándose en la última década hacia políticas asistenciales y, luego, universales (ENRIZ, 2011). Los modos de adscripción al interior de la comunidad indígena han sido funcionales a la cuestión identitaria tomada por los organismos de gobierno como un confuso elemento a la hora de diseñar las políticas (ENRIZ, 2010a).

En los acontecimientos de la vida guaraní podemos encontrar dos tipos de enfermedades. Estas tienen distinto diagnóstico, pautas de prevención, tratamiento y curación. Por un lado encontramos “las enfermedades de los juruas”, que los Mbyá refieren a aquellas enfermedades traídas por los blancos. Precisan de asistencia al hospital (REMORINI, 2009) y han requerido de una actualización y resignificación de explicaciones tradicionales (REMORINI, 2010: 1073). Y, por otro, encontramos “las enfermedades con dueño”, estas enfermedades son propias del mundo guaraní y entran en juego cuando se produce un desbalance entre los distintos niveles de la vida (individual, colectivo, terrenal y/o supraterrrenal). Cuando los Mbyá hablan de este tipo de enfermedades hacen alusión a la acción de seres extrahumanos, espíritus dueños que influyen en las relaciones cotidianas de estos grupos (KELLER, 2011: 29). Creemos necesario aclarar que estos dos tipos de enfermedades y usos de la medicina no son totalmente excluyentes una sobre la

² En un trabajo dedicado a las políticas públicas ENRIZ (2011) sistematiza estas políticas y concluye en que las mismas llevan a visibilizar la población indígena para ser ocultada, a través de proyectos que homogeneizan en lugar de considerar su particularidad.

otra, sino que muchas veces se complementan –sobre este mundo referiremos más adelante–.

Las enfermedades propias del mundo guaraní pueden ser consideradas como un "estado de desajuste con el medio" (REMORINI, 2009: 310), esto es el desequilibrio con el medio. Esta idea pone de relieve el reconocimiento de los estados de salud o bienestar, indisolubles en el mundo Mbyá, como expresión de un equilibrio interno y externo entre los componentes que integran la persona, el individuo y su entorno, las relaciones sociales cotidianas, las consecuencias de las acciones de otros sobre él y las condiciones del ambiente físico hasta la acción de seres extrahumanos (espíritus, "dueños") (id.). Por el contrario, REMORINI califica estos estados de desequilibrio como "no deseado" (id.):

[e]ste estado no deseado desencadena un conjunto de reflexiones e hipótesis que padres y otros adultos cercanos al niño proponen en vistas a lograr un diagnóstico, esto es, identificar su causa y a decidir las acciones adecuadas a seguir para la restitución de la salud.

Tanto REMORINI (2009, 2010) como KELLER (2011), teniendo en cuenta las nociones de riesgo y vulnerabilidad, reconocen que puede resultar fructífera una aproximación al proceso de salud-enfermedad-recuperación de la salud focalizando en las diferentes instancias que se reconocen en el proceso y los "signos" externos (síntomas desde la biomedicina) que van emergiendo como significativos para evaluar el proceso. Esta aproximación, se orienta a comprender la emergencia de un "estado no deseado" (REMORINI, 2009: 368). Tomaremos como ejemplo el padecimiento de *pasajes de irá*, (*pochy racha*), descrito por KELLER sólo a modo ejemplificador de este tipo de análisis, en donde el autor describe la enfermedad, su etiología, diagnosis, pautas de prevención y tratamiento (2011:29-31):

- a) Descripción: con esta denominación se concibe a un padecimiento en el que el individuo manifiesta periodos de ira descontrolada y violencia desmedida hacia sus semejantes, en especial hacia sus familiares y allegados.
- b) Etiología: el origen de la enfermedad se adjudica a la acción de espíritus telúricos, entre los que se menciona a *yvyraja* (el duende de los árboles), quien arroja flechas invisibles o guijarros a las personas que entran en sus dominios. El proyectil alojado en el interior de un individuo vulnerable retrae al ñe'e (alma

social) y permite que “Mba’e Pochy” (el mal) se asocie al “teko achy kue” (alma salvaje) tomando posesión del individuo.

- c) Diagnos: los primeros síntomas de alguien que ha sido interceptado por estas saetas invisibles son dolor de cabeza, fiebre, llagas en la piel y decaimiento. Según los guaraníes, de no tratarse inmediatamente, la causa de los primeros síntomas, el mal puede devenir en el padecimiento denominado poch y racha cuya diagnosis es sencilla puesto que el individuo, normalmente tranquilo, se torna inusualmente agresivo, ejerciendo actos de extrema violencia para con sus allegados, quienes generalmente denuncian este hecho a la autoridades de la comunidad.
- d) Pautas de prevención: existen una serie de normas de conducta para que el individuo adquiera cierta inmunidad ante esta amenaza. En primer lugar no deben descuidarse los ejercicios espirituales cotidianos que se llevan a cabo en el templo, de este modo el individuo se ve fortalecido. Es también usual que el líder espiritual de cada comunidad realice una purificación preventiva fumigando con el humo de la pipa al individuo que se adentrará en la selva. La actitud de quien apea un árbol en la selva también responde a ciertas normas de prevención, debe hacerlo de la manera más silenciosa posible y debe previamente dirigirse al espíritu mencionado pronunciando la exclamación “¡Eñungatu nde rapa!” (¡Esconde tu arco!).
- e) Tratamiento: antes de que el padecimiento se manifieste como estados de ira incontrolable, y con la evidencia de algunos de los primeros síntomas físicos expuestos por quienes retornan de una actividad en la selva (fiebre, cefaleas, prurito, decaimiento), las saetas o guijarros que el espíritu introduce en el cuerpo del individuo pueden ser extraídas por fumigación y succión en un acto público en el que el guía espiritual oficia de sanador. La fumigación con humo de la combustión del tabaco de la pipa se emplea para diversos fines de sanación así como para la esterilización de semillas y alimentos. El procedimiento de fumigación preventiva es acompañado con la ingestión de decocciones y el baño con la maceración de especies vegetales mencionadas como específicas para este mal. El individuo que manifiesta un estado agravado donde el mal se manifiesta con reiterados estados de cólera requiere la intervención de otra deidad para su cura. La terapia es propiamente un exorcismo y ocurre durante una danza llamada ñem boarái que combina religiosidad, terapia y demostraciones marciales.

Muchas enfermedades de los Mbyá Guaraní tienen que ver con el ciclo de vida: a los niños y niñas las enfermedades afectan por igual, pero en la adolescencia se van diferenciando, por ejemplo, en el transitar por el monte. REMORINI (2009) en su tesis doctoral dedicada a los procesos de salud-enfermedad en los primeros ciclos de vida explica que, cuando el niño aún no puede manifestar verbalmente su malestar, las madres se guían por la observación de su conducta para diagnosticar dolencias, por ejemplo, en el abdomen, ya que el síntoma más relevante es la falta de apetito, la menor actividad del niño, suelen presentarse vómitos y diarrea, dependiendo del origen o causa del malestar. La terapia se basa en la dieta y en la administración de "yuyos" por vía oral (infusiones y decocciones), cuya selección varía de acuerdo a la gravedad y la duración del malestar. "Algunos de los mencionados con mayor frecuencia son ka'are y poty ju o marcela" (p. 323). La eficacia de la terapéutica (*tacho poã*) es reconocida cuando el niño recobra el apetito ("quiere comer todo, no solo lo dulce"), recupera el color "normal" de la piel, recupera el peso y ya no presenta diarrea, lo que supone que las madres deben observar cuidadosamente las heces (*tepochy*) del niño (p. 327).

Para que una enfermedad le "agarre" a un niño se suelen dar una serie de condiciones que lo exponen a un determinado riesgo. Un niño se puede enfermar por la exposición a la acción de los "malos espíritus" (mbogua/angue) en momentos del día o espacios considerados inadecuados para los niños pequeños, estar atravesando un estado emocional negativo ("estar triste", "no hallarse"),³ haber quedado "débil" como consecuencia de una enfermedad previa, estar en tránsito desde una etapa del ciclo vital a otra (REMORINI, 2009: 311).

Si bien estas condiciones pueden darse en un adulto, en el caso de los niños muchas veces es visto como un "castigo" para los padres, ya que para los Mbyá, el accionar del entorno influye en el bienestar del niño. Este "castigo" puede ser porque: a) los cuidados brindados al niño son inadecuados o insuficientes en relación con la alimentación, higiene, control de su estado físico, entre otros; o b) los padres u otros miembros de la familia han violado algún tabú y/o en el entorno familiar del niño existe algún conflicto (REMORINI, 2009: 312).

³ "Hallarse" implica sentirse a gusto en el lugar, condición necesaria para que cualquier persona permanezca en el *tekoa* (ENRIZ, 2010).

A su vez esta autora diferencia entre enfermedades leves y enfermedades graves. Las enfermedades leves en general, “se solucionan fácil” –es decir, en corto tiempo y con la aplicación de yuyos sin la necesidad de recurrir a expertos– y su origen remite a la falta de higiene.⁴

Entre los estados graves (*mba'achy vai kue*), cobran relevancia eventos extraordinarios u originados por la acción de seres extra humanos, el abandono de una de las almas que integran la persona y/o la violación de pautas y/o tabúes. Según la distinción realizada por los Mbya, las enfermedades consideradas graves son aquellas que implican un daño irreversible o la muerte. En estos casos sólo interviene el *Opygua* (líder espiritual) (REMORINI, 2009:314):

el Opyguã, a través del humo el tabaco, puede diagnosticar la causa, restituir el alma al enfermo o neutralizar la acción de los espíritus malignos, y de esta manera, reestablecer la salud. Las enfermedades “leves”, por ejemplo gripe (*jukua*), diarrea (*gerachy*), o parásitos (*tacho*), no implican daños graves, y pueden ser tratadas por expertos locales (*poropoãno va'e*) y/o los padres o abuelos del niño utilizando “yuyos” (*poã*). Sin embargo, en muchas ocasiones el padecimiento de una enfermedad de este tipo coloca al individuo en un estado de vulnerabilidad que lo hace susceptible de ser alcanzado por un espíritu maligno y en consecuencia puede enfermar gravemente o morir.

En la mayoría de los casos, los miembros de la unidad doméstica son quienes intervienen en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Pero en otras ocasiones se acude a otras personas reconocidas como “expertos”. Los expertos se los reconoce por tener conocimientos especiales para identificar las causas de ciertas enfermedades y para curar las mismas. Estos expertos son llamados *poropoãno va'e* (REMORINI, 2009: 357). Los expertos se diferencian por su especialidad, por ejemplo: los que saben de yuyos, las parteras, los especialistas en parásitos, etc. El dominio de acción de estos expertos se

⁴ La autora remarca que las palabras “higiene” y “contaminación” aparecen en el discurso de las personas jóvenes, especialmente aquellos que han recibido educación formal o que se desempeñan como agentes sanitarios o educativos, mientras que la expresión utilizada por los mayores es “suciedad”. Asimismo, cuando se habla de contaminación se refiere al suelo y al agua, mientras que cuando los mayores hablan de “suciedad” refieren también al viento como vehículo que “trae enfermedad” (REMORINI, 2009:313)

limita al manejo de recursos medicinales. Entre estos no ubicamos al Opygua, ya que su función excede a las terapéuticas (REMORINI, 2009: 358).

Mientras que los Opygua son consultados sólo en casos graves o excepcionales y cuando la causa de la enfermedad no puede ser identificada. El Opygua se caracteriza por ser un líder espiritual de la comunidad. Fundamentalmente los Opygua se interesan por todas aquellas *consecuencias* que a nivel moral se desprenden del incumplimiento de tabúes y prescripciones que constituyen el origen de numerosas enfermedades que afectan a los sujetos. "Es así que en su discurso se articulan permanentemente referencias al tiempo mítico y al estilo de vida de "los antiguos" como marco desde el cual interpretar y evaluar las causas y consecuencias de las acciones que se alejan del Mbya reko"⁵ (Remorini, 2009:360), que se traduce como "nuestro modo de ser Guaraní" (Remorini, 2010:1055).

El "modo de ser Mbyá" ha sido establecido por los dioses, vivido por los ancestros y transmitidos por los abuelos. Desde esta perspectiva la enfermedad, la muerte y otros males se asocian a conductas que vulneran los preceptos que hacen al mantenimiento del Mbya reko. Por ello, el hombre puede influir a diario negativamente sobre su entorno y, en consecuencia, favorecer la aparición y/o agravamiento de enfermedades (REMORINI, 2009:361):

[...] las acciones que se alejan de prescripciones establecidas desde tiempos ancestrales exponen al individuo al riesgo de enfermar y vulneran el bienestar de todo su grupo doméstico. En este sentido, recae sobre estos expertos la responsabilidad de hacer cumplir los preceptos o prescripciones tradicionales y realizar acciones rituales necesarias para evitar la enfermedad.

Los Opygua mantienen un fuerte discurso que diferencia: las enfermedades propias de los Mbya, que se pueden curar utilizando "yuyos", el humo de la pipa, oraciones y cantos en el opy (casa de rezo), y las enfermedades "de los jurua" (blancos) producto del

⁵ La mejor manera que encuentran los autores para explicar los "modos de ser Guaraní" es a través de la experiencia del grupo (CHAMORRO 2004) o las condiciones que hacen posible la vida del grupo, el "teko" (REMORINI 2005). Asimismo, explican la continuidad social y el lugar donde se dan las condiciones para ese modo de ser, el "teko'a" (CHAMORRO, 2004; REMORINI, 2005; WILDE, 2008; GARLET y ASSIS, 2009).

contacto interétnico, frente a las cuales la terapia tradicional no resulta efectiva en muchos casos. Así, según REMORINI se logra justificar, desde la aparición de nuevas enfermedades el uso de la biomedicina (2009:362).

Cuando los "yuyos" u otros recursos locales no resultan efectivos las madres jóvenes no dudan en asistir al hospital. En el caso de los jóvenes, la utilización alternativa o combinada de los recursos de la biomedicina es más frecuente que en el caso de los ancianos. Son principalmente las mujeres jóvenes y ancianas quienes enfrentan y resuelven diariamente los problemas de salud que afectan a sus hijos y/o nietos, utilizando en forma alternativa o combinada, recursos locales y de la biomedicina (REMORINI, 2009:363).

RODRÍGUEZ (2008) explica que la demanda por los servicios del hospital por parte de los indígenas no significa el abandono de sus costumbres y tradiciones relacionadas con la salud. Por el contrario, junto a sus expectativas de acceder a servicios públicos de buena calidad, perviven sus prácticas propias en salud. Consultar al médico, usar hierbas medicinales y comprar medicamentos, son todas prácticas incorporadas en la vida cotidiana, que dan cuenta de las transformaciones culturales que se operan junto a procesos de afirmación identitaria.

El reconocimiento del valor –simbólico, moral y práctico– de la tradición no excluye la consideración de otras alternativas de acción. Producto de las transformaciones que se observan en las condiciones de vida actuales, en las que la educación formal y el mayor acceso a las instituciones biomédicas que han contribuido a la ampliación de los conocimientos y experiencias en torno a la salud-enfermedad, emergen prácticas complementarias (REMORINI, 2009: 308).

Resumiendo lo dicho hasta aquí, REMORINI (2009) explica el origen de muchos padecimientos a través del interjuego entre la "condición" del sujeto y las condiciones ambientales. La condición de sujeto refiere a la vulnerabilidad individual, relacionada con las etapas de vida considerados frágiles y más susceptibles a enfermar como la infancia y la niñez. Por su parte las condiciones ambientales alcanzan desde las condiciones y entidades físicas o "naturales" –es decir, aquellas que no poseen espíritu (*ñe'ë*)–, pasando por las entidades "con espíritu" (seres humanos, animales y plantas) hasta las entidades espirituales ("dueños" y espíritus de seres humanos fallecidos), cuya acción puede

constituir un riesgo para toda la población, para algunos sectores o para un determinado individuo según el caso (REMORINI, 2009:316).

V. Sobre el concepto de interculturalidad para el dialogo entre las diferentes medicinas

Cómo pudimos rastrear hasta aquí, en el sistema capitalista existe más de un tipo de medicina. Hasta aquí hicimos referencia a la medicina occidental, a la que le adjudicamos los rasgos más relevantes del modelo médico hegemónico y, la medicina tradicional, que fuimos desarrollando como un modelo médico alternativo. En el caso trabajado de las comunidades Mbyá pudimos dar cuenta que estos modelos no siempre se contraponen, sino que a veces se complementan o resignifican, por parte de los pueblos indígenas. Ahora bien, ¿hasta dónde estas medicinas son complementarias o resignificadas desde el Estado?

La interculturalidad se ha convertido en discurso obligado por parte del Estado, sobre todo en contextos en los que los conflictos político-sociales están relacionados o son asociados, directa o indirectamente, con la presencia en un mismo espacio social de colectivos con identificaciones culturales diversas. En América Latina la discusión suele centrarse en espacios en los que la diversidad cultural está definida por la diferenciación étnica, en términos de población indígena o pueblos originarios, vinculando frecuentemente categorías estáticas y esencialistas de identidad y cultura (Diez, 2004: 191).

El concepto de interculturalidad se ha transformado en una clave en la administración de políticas públicas dirigidas a los pueblos indígenas (ARCE, 2009). De aquí se crea un supuesto proceso de construcción dialógico de intercambio cultural relativamente igualitario entre culturas diferentes, lo que rechazaría en estos términos el predominio de una sobre la otra, lo que se define como interculturalidad (ARCE, 2006: 127). Sin embargo, en muchos casos el discurso del diálogo entre culturas sigue pegado a la idea de que es la igualdad de circunstancias sociales la que, junto al respeto, puede llevar al diálogo. Este es el punto de mayor conflicto que esta teoría presenta para ser llevada a la práctica a través de políticas interculturales concretas.

La interculturalidad no se restringe tan sólo a las interrelaciones sino que también abarca el fortalecimiento de lo propio, aquello que consideran subalternizado por el colonialismo (RAMÍREZ HITA, 2011: 47). Sin embargo, este concepto cuando es asumido en

el discurso del Estado, se debilita desde los movimientos indígenas. Emerge como una forma de dominación social desde el Estado, a través de un discurso apaciguador y reconocedor de las diferencias. De esta forma, neutraliza el conflicto étnico entre los sujetos y grupos diferentes: “los homogeneiza en un imaginario en el que no existe el conflicto social” (2011: 105). En otras palabras (p. 47),

[c]uando la palabra interculturalidad la emplea el Estado en el discurso oficial, el sentido es equivalente a ‘multiculturalidad’. El Estado quiere ser inclusivo, reformador [...] En cambio el proyecto intercultural en el discurso de los movimientos indígenas está diciendo otra cosa, está proponiendo una transformación [...] está reclamando la necesidad de que el Estado reconozca la diferencia colonial (ética, política, epistémica). Está pidiendo que se reconozca la participación de los indígenas en el Estado.

El análisis de la perspectiva intercultural en salud, no puede ser reducido al uso instrumental del concepto, sino que debe atravesar las múltiples significaciones que adquiere como proyecto político, epistemológico, cultural y educativo (DIEZ, 2004: 195). El actual debate de la interculturalidad presenta profundos conflictos derivados de posturas y perspectivas político-culturales divergentes. Por un lado, la “armonización” de relaciones entre colectivos a través de la matriz dominante del Estado Nacional. Por otro, la denuncia sobre el carácter conflictivo de estas relaciones, entendiendo a la cultura como una arena de lucha por el control de la producción de verdades y la hegemonía política y cultural (DIEZ, 2004: 194).

El discurso intercultural, reconoce el espacio de la diversidad, pero no prescribe soluciones. Por lo tanto resulta necesario tomar en cuenta las representaciones y negociaciones con tensiones propias que se producen a nivel local y regional (DIEZ, 2004). La interculturalidad de manera aislada no puede establecer relaciones armónicas, porque el respeto mutuo entre las culturas no puede darse independientemente del resto de las condiciones sociales (DIEZ, 2004: 201). En lo que aquí respecta, las actividades sociales de la vida comunal permiten identificar el nivel de conflictividad en las relaciones sociales que atraviesan directamente los centros de salud, lo que refleja permanentes y sucesivas formas de consenso y resistencia en las prácticas cotidianas en cada ámbito social.

Según DIEZ (2004), la cuestión central del enfoque intercultural pasa más por el modelo de diferenciación constitutivo de las relaciones sociales en un proceso socio-histórico de larga data, que por la situación de diversidad cultural de hecho (p. 208-9):

Ese es el modelo sobre el que se ha construido la interculturalidad. Un modelo que opone saberes locales no-académicos con la universalidad epistémica de la modernidad. Un modelo enraizado en relaciones de poder que opone población blanca occidental a población indígena. La noción de interculturalidad emerge como proyecto dentro de un campo de disputa en el que se confrontan lo hegemónico y lo oposicional. La interculturalidad es discurso obligado desde el Estado y sus agencias a través de proyectos políticos que promueven el entendimiento y la unidad nacional en la diversidad, a través del ajuste fundamentalmente en los canales de comunicación entre dos poblaciones o comunidades diferenciadas. Mejorando el diálogo y los canales que lo favorecen —entre ellos la educación— se podrían superar los conflictos interculturales. Esta tendencia está más orientada a controlar el conflicto social que a crear sociedades más igualitarias.

VI. Conclusión

Dentro de la Antropología, la salud es entendida como una construcción social e histórica donde se ponen en juego relaciones sociales y con el medio. Por ello, creemos que la salud debe ser entendida dentro de la cultura. Dentro de esta perspectiva, la medicina occidental deja de ser la única y verdadera porque otros factores interactúan para la comprensión de la misma.

En Argentina, como en América Latina y el mundo, conviven más de una sociedad con claras diferencias de la sociedad dominante. Estas sociedades dan cuenta que dentro del sistema capitalista encontramos varios sistemas de salud. Sin embargo, por parte del Estado y la sociedad envolvente se presenta la medicina occidental como la única posible. Esta medicina algunas veces no toma en cuenta las diferencias socioeconómicas, las relaciones sociales y las formas de interactuar con el medio de las personas que se ven implicadas en ella.

La medicina occidental podemos analizarla dentro del modelo médico hegemónico. El mismo se presenta con tres rasgos característicos: el poder, la hegemonía y la subalteridad. Este modelo intenta la exclusión ideológica y jurídica de los otros modelos alternativos, a partir de la subordinación ideológica de los otros.

Por modelo médico hegemónico se entiende a un conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por la medicina científica y positivista. Su científicidad es legitimada por su carácter dominante: el biologismo. El biologismo se presenta como un sistema que centra la realidad en la vida únicamente desde el punto biológico, teniendo en cuenta únicamente las condiciones biológicas y físicas de los individuos. Éstas y otras características crean una tendencia por la estructuración jerarquizada en la organización interna y externa de las prácticas médicas en el modelo médico hegemónico. Los discursos legitimados sobre la salud, provienen en la cultura occidental del personal de salud quien tiene la autoridad de definir lo que es saludable.

El conjunto de estas y otras características del modelo médico hegemónico, y no cada característica en si misma tiende a establecer una relación de hegemonía/subalternidad de la biomedicina respecto de las otras formas de atención no biomédicas. Así, las excluye, ignora o estigmatiza y la dimensión cultural es cada vez menos tomada en cuenta desde el sistema biomédico.

En el sistema de salud occidental se expresa un modelo único que corresponde a la visión etnocéntrica de la salud y de la medicina. Este tiende a percibir la salud desde el patrón cultural occidental. Esta forma de entender la salud se aplica también para juzgar los conocimientos y prácticas de otras culturas, como las de las comunidades indígenas.

Al postularse como hegemónica concibe subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales. Así, logra identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado.

Para los grupos subordinados existen otros factores a tener en cuenta en el sistema de salud, como por ejemplo puede ser la ruptura en el equilibrio social o cósmico, el accionar de seres humanos o extrahumanos, la violación de tabúes, las condiciones y forma de vida, entre miles de otros.

Si bien en este texto expusimos el modo de concebir la salud por las comunidades Mbyá Guaraní, no creemos que la medicina de los pueblos indígenas sean los únicos modelos médicos alternativos posibles (como la medicina homeopática, la quiropraxia, la curación divina, etc.). Creemos necesario aclarar que la misma fue exhibida a modo ilustrativo. De la misma manera que los estudios de enfermedad a partir de los procesos de salud/enfermedad/atención y/o diagnóstico/síntomas/prevenición/tratamiento desarrollados para este caso puntual por REMORINI y KELLER. Sino que son entendidos como una forma de análisis entre muchas otras.

Lo interesante para rescatar de lo expuesto aquí es que se observa la creciente plasticidad de los sistemas etnomédicos, es decir, la mayor utilización de los recursos y marcos referenciales de la medicina científica en su articulación con creencias, conocimientos y valores propios del grupo (REMORINI, 2009: 369). No se trata de dos mundos contrapuestos, sino en constante diálogo, apropiación y/o resignificación de una medicina y otra para los grupos implicados, lo que se puede ver en el uso que hacen los sujetos de la medicina occidental tanto de hospitales, como usos de medicamentos, etc.

Desde muchas de las medicinas alternativas se pueden apreciar estrategias interculturales en su forma de vida cotidiana, no sucede lo mismo desde la sociedad envolvente, sobre todo desde el Estado como funcionario legitimador de la medicina científica. El discurso de interculturalidad emerge desde el Estado como una forma de dominación social, a través de un discurso apaciguador y reconocedor de las diferencias. De esta forma neutraliza el conflicto étnico entre los sujetos y grupos diferentes: "los homogeneiza en un imaginario en el que no existe el conflicto social" (RAMÍREZ HITA, 2011: 105).

Bibliografía

ARCE, H. (2006) "Jornadas de consulta con comunidades y escuelas bilingües", en *Anales del I Congreso Mercosur de Interculturalidad y Bilingüismo en Educación*. Posadas, Ministerio de Ciencia y Educación.

— (2009) *Los usos de la Interculturalidad en la educación escolar indígena de Misiones, Argentina*. Barcelona, Universitat Autònoma de Barcelona.

BOCCARA, G. y BOLADOS, P. (2008) "¿Dominar a través de la participación? El neoindigenismo en el Chile de la Postdictadura", en *Memorias Americana*, volumen 16, pp. 167-97.

CHAMORRO, G. (2004) “La buena palabra: experiencias y reflexiones religiosas de los grupos Guaraníes”, en *Revista de Indias*, volumen LXIV, número 230, pp. 117-40.

COMAROFF, J. y COMAROFF, J. (1992) “La etnografía y la imaginación histórica”, en *Westview Press* volumen 1, pp. 3-11 [Traducción Cátedra Antropología Sistemática III, Facultad de Filosofía y Letras (UBA)]

DIEZ, L. (2004) “Reflexiones en torno a la interculturalidad”, en *Cuadernos de antropología social*, número 19, 191-213.

ENRIZ, N. (2010) “Tomar asiento. La concepción y el nacimiento mbyá guaraní”, en *Anthropologica*, volumen XXVIII, número 28, pp. 117-37

— (2010a) Identidades en tensión, lo indígena y lo nacional en las experiencias cotidianas Mbyá. *Polis, Revista de la Universidad Bolivariana*, volumen 9, número 27, pp. 61-80.

— (2011) “Políticas públicas para familias indígenas en Misiones”, en *Runa*, volumen 32, número 1, pp. 27-42.

GARLET, I. y ASSIS, V. (2009) “Desterritorialização e reterritorialização: a compreensão do território e da mobilidade Mbyá- Guaraní através das fontes históricas”, en *Fronteiras*, volumen 11, número 19, pp. 15-46.

GRIMBERG, M. (1995) “Teorías, propuestas y prácticas sociales. Problemas teóricos metodológicos en Antropología y salud”, en ALVAREZ, M. y BARREDA, V. (comp) *Cultura, Salud y Medio Ambiente* (pp. 31-50). Buenos Aires, Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento, Secretaría de Cultura de la Nación.

GRÜNBERG, G. y MELIÁ, B. (2008) *Guaraní Reta. Povos Guaraníes na fronteira Argentina, Brasil e Paraguai*. São Pablo, ACERVO, Centro de Trabalho Indigenista.

KELLER, H. (2011) “Nociones de vulnerabilidad y balance biocultural en la relación sociedad Guaraní y naturaleza”, en *Revista Avá* número 18, pp. 25-41.

MENÉNDEZ, E. (1988) “Modelo médico hegemónico y atención primaria”, en *Segundas jornadas de atención primaria de la salud*, pp. 451-64.

— (1990) *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México Alianza Editorial Mexicana.

— (1992) “Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales”, en CAMPOS NAVARRO, R. (comp.) *La antropología médica en México*. México, Instituto Mora/Universidad Autónoma Metropolitana.

— (2002) *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*. Barcelona. Ed. Bellaterra

CANTORE, A. (2014) "Antropología y la desnaturalización del sistema de salud...", pp. 142-163.

— (2003) "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas", en *Ciência & Saúde Coletiva*, volumen 8, número 1, pp. 185-207.

RAMÍREZ HITTA, S. (2011) *Salud intercultural. Críticas y problematización a partir del contexto boliviano*. La Paz, Instituto Superior Ecuaménico Andino de Teología.

REMORINI, C. (2005) "Persona y espacio. Sobre el concepto de "teko" en el abordaje etnográfico de las primeras etapas del ciclo de vida Mbya", en *Scripta Ethnologica*, volumen XXVII, pp. 59-75.

— (2009). *Aporte a la caracterización etnográfica de los procesos de salud-enfermedad en las primeras etapas del ciclo vital, en comunidades Mbyá-Guaraní de Misiones, República Argentina* (disertación doctoral, Facultad de Ciencias Naturales y Museo).

— (2010) "Hacer crecer un niño (Mitã ñemongakuaa): el cuidado de la salud de los niños y las transformaciones en el Mbya reko", en *Antíteses*, volumen 3, número 6, pp. 1047-76.

RODRÍGUEZ, L. (2010) "Factores Sociales y Culturales Determinantes en Salud: La Cultura como una Fuerza para Incidir en Cambios en Políticas de Salud Sexual y Reproductiva", en *III Congreso de la Asociación Latino Americana de Población, ALAP*. Córdoba.

SHEPER-HUGHES, N. y LOCK, M. (1987) "The mindful body: a prolegomenon to future work in Medical Anthropology", en *Medical Anthropology Quarterly. New Series*, volumen 1, número 1, pp. 6-41.

WILDE, G. (2008) "Imaginario contrapuestos de la selva misionera. Una exploración por el relato oficial y las representaciones indígenas sobre el ambiente", en *Gestión ambiental y conflicto social en América Latina*. Buenos Aires, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.