

Educación médica para la inclusión intercultural desde un estudio de caso entre los Mbyá-guaraní

Medical education for intercultural inclusion based on a case study of a Mbya-guarani child

PhD. Eleder Piñeiro Aguiar

Universidad San Gregorio Portoviejo. Ecuador.

RESUMEN

Introducción: es un error ver la enfermedad solo como algo somático, debe ser vista en el contexto macro-cultural que el experto en medicina debe conocer e interpretar. Comprender esta relación es crucial para la formación de profesionales de la salud. Se hace necesaria una comprensión transcultural de la salud, tanto para gestionar políticas públicas como para avanzar hacia una comprensión holística.

Objetivo: poner en evidencia esta necesidad mediante un ilustrativo estudio de caso.

Métodos: mediante procedimientos cualitativos de estudio de caso se abordó el estudio del caso Julián, un niño de una comunidad Mbyá-guaraní afectado de una cardiopatía congénita. Las fuentes de información utilizadas fueron entrevistas no estructuradas, una filmación documental e informaciones de los medios de comunicación masiva.

Resultados: se pusieron en evidencia las serias implicaciones y trastornos acaecidos en la atención de la salud del caso estudiado y de las relaciones con su comunidad.

Se analiza el caso desde un enfoque antropológico que destaca la importancia del dominio de la interculturalidad por parte del personal de salud y la importancia de que este tipo de conocimiento se incluya en los planes de formación de estos profesionales.

Conclusiones: la desatención del debido respeto y comprensión hacia las diferencias culturales puede ocasionar serias dificultades en la atención de salud de comunidades y minorías. Una formación que enfatice la necesidad de profundizar en el relativismo metodológico y en la interpretación de las diferencias culturales en torno a la salud es de imperiosa necesidad.

Palabras clave: interculturalidad, mbyá-guaraní, atención de salud, formación médica.

ABSTRACT

Introduction: it's a mistake to see the disease as something only somatic, it must be seen in the macro-cultural context that the medical expert must understand and interpret. Understanding this relationship is crucial for the formation of health professionals. Cross-cultural understanding of health, both to manage public policies to move towards a holistic understanding is necessary. The aim of this study was to highlight this need through an illustrative case study.

Methods: congenital heart disease affected Guarani - using qualitative case study methods case study Julian, a child from a community Mbya addressed. The information sources used were unstructured interviews, documentary footage and information from the mass media.

Results: the serious implications and disorders occurring in health care case study and community relations was highlighted. The case is analyzed from an anthropological approach that emphasizes the importance of intercultural domain by health personnel and the importance of this kind of knowledge is included in the training plans of these professionals.

Conclusions: the neglect of due respect and understanding cultural differences can cause serious difficulties in the health care community and minorities. Training that emphasizes the need to deepen the methodological relativism and the interpretation of cultural differences on health is imperative.

Keywords: multiculturalism, mbya -guarani, health care, medical training.

INTRODUCCIÓN

La idea de enfermedad fue construyéndose en diferentes entornos culturales como parte integrante de cosmovisiones propias de cada cultura. Cada esfuerzo de llevar a cabo una terapia responde a demandas diferentes de curación.

Una simple dicotomía tradicional/biomédica o indígena/no indígena sería un reduccionismo de las diferencias culturales en torno a la antropología de la salud. Esto se debe a la enorme zona gris de interpretaciones de la enfermedad y de la curación que se dan en las comunidades indígenas y a la falsedad del binomio "tradición-biomedicina". En este sentido resulta interesante la construcción que hace el paciente del terapeuta como guía hacia una realidad diferente.¹ Es un error ver la enfermedad solo como algo somático, debe ser vista en el contexto macro-cultural que el experto en medicina debe conocer y saber interpretar. Como han

señalado *Lagdnon* y *Wilk*, comprender esta relación es crucial para la formación de profesionales en el área de la salud.²

Mientras que el padecimiento lo determina el contexto cultural y es significado y narrado por la persona que lo padece, la enfermedad sería una disfunción orgánica potencialmente medible. *Kleinman* plantea la necesidad de una "construcción cultural de la realidad clínica", a lo que *Taussig* responde que lo que se debe afrontar es la "construcción clínica de la realidad".^{3,4}

En la actualidad se hace necesaria una comprensión internacionalizada y transcultural de la salud, tanto para comprender, gestionar e implementar políticas públicas, como para avanzar hacia la comprensión holística de la salud.

El objetivo de este trabajo fue poner en evidencia esta necesidad mediante un ilustrativo estudio de caso.

MÉTODOS

Se realizó una investigación esencialmente descriptiva desde un paradigma cualitativo utilizando el método de estudio de caso. El trabajo se realizó entre diciembre del 2009 y mayo del 2010, como parte de un proyecto basado en la metodología de la observación participante conducente a una tesis doctoral en Antropología.

El método de estudio de caso permite registrar conductas de personas y relacionarlas con el contexto local.⁵ La validez del "estar ahí", asumiendo las subjetividades propias como parte del proceso de construcción científica, es relevante para el desarrollo de las competencias interculturales demandadas actualmente en el campo educativo de la medicina.

El caso estudiado pertenece a los mbyá-guaraní de Misiones (Argentina). Los mbyá son una parcialidad guaraní, asentados en la zona noreste de Argentina, limítrofe con Paraguay y Brasil en la denominada zona de la Triple Frontera. En el territorio argentino de Misiones se asientan unos 7000 individuos, en torno a aproximadamente 100 comunidades. Presentan un panorama de extrema pobreza que repercute en problemas de nutrición y en un estado de salud general deficitaria, principalmente en los niños. La contaminación cultural con respecto al mundo blanco es percibida por los mbyá como negativa y preocupante, pues repercute en sus estados de salud al verse obligados a cambios en sus dietas tradicionales, a sufrir contaminación de sus ríos y a no poder ser autosuficientes.

Para los mbyá la aparición de enfermedades consideradas "nuevas" hace que la opción de acudir a un hospital sea más tomada en cuenta, si bien está muy presente la posibilidad de curar antes, mediante yuyos (hierbas, raíces, plantas), humos de la pipa sagrada, rezos o cantos dentro del *opy* (templo, lugar sagrado); curaciones más propias de sus tradiciones históricas, ya que "podemos encontrar dentro de un mismo tipo de ambiente varias soluciones particulares que responden por la sobrevivencia de las sociedades".²

En este contexto, en agosto del año 2005 Julián, un niño mbyá de 3 años, es llevado al hospital de la ciudad de El Soberbio (Provincia de Misiones, Argentina) para ser tratado de una enfermedad del corazón. Pero sus padres, Leonarda y Crispín, deciden volver con él a su comunidad, situada a unos 400 km de Posadas, capital de la provincia. Tras esto, la policía, basándose en una orden judicial, los busca para devolverlos a dicho hospital, por ver peligro para la salud del niño en caso de no ser internado. Comienza entonces un largo peregrinar de Julián con sus padres y el cacique de dicha comunidad, que llega hasta Buenos Aires, donde se le diagnostica una cardiopatía congénita. Se prescribirá operar su corazón a pecho abierto. Luego de esto el chamán tiene una revelación donde su Dios, *NandeRu*, comunica que "Julián tiene una piedra negra en el corazón, un espíritu maligno, que tiene que ser expulsado con el rezo, pues si en el hospital operan al pequeño, morirá". El motivo de esto, según la interpretación mbyá, es que el pequeño rompió el orden al jugar tiempo de más sobre el arroyo de la comunidad, lo que molestó al espíritu del río, y de ahí que este le enviase una piedra al corazón. "Las nociones culturales de salud y enfermedad entre los mbyá se vinculan con el mayor o menor cumplimiento de las normas sociales que deben guiar las relaciones de los seres humanos entre sí y con su medio ambiente".⁶ Dado que los padres se negaban a la operación, se convocó el Comité de Bioética del Hospital de Niños Gutiérrez, que llama a participar al chamán guaraní, con voz pero sin voto. El conflicto de valores estalla y el caso incluso se debate por los medios de comunicación. Finalmente el niño es operado pero surgen complicaciones que terminan con el fallecimiento del paciente.

Para realizar el estudio de este caso se llevaron a cabo entrevistas no estructuradas con personal del Ministerio de Salud relacionadas con el área de Salud Aborigen en la ciudad de Posadas y con miembros de la comunidad. El autor ha considerado oportuno reservarse la identidad de algunas de estas personas. Otra fuente de información utilizada fue el documental "Tatachina-La Bruma" dirigido por Enrique Acuña en el 2009, donde se relata el caso de Julián. Informaciones aparecidas en los medios de comunicación masiva durante el desarrollo de los acontecimientos de nuestro interés también aportaron datos de valor para el análisis.

RESULTADOS

En consonancia con el enfoque cualitativo elegido, para exponer los resultados de este estudio de caso recurriremos esencialmente a la transcripción de los testimonios recogidos.

El denominado Caso Julián "fue una crónica de una muerte anunciada. Los ancianos sabían que no se iba a salvar. Era una cosa congénita que le volvía a salir. Tumores en el corazón" (Pini, entrevista personal, enero 2010). En el Ministerio de Salud informaron que los padres de Julián no presentaron mayor inconveniente para llevar a cabo la operación, pero con la condición de que ellos pudieran acompañar a su hijo. "De ahí empieza el show".

Al ser preguntados por el caso del pequeño contestan categóricamente en el Ministerio de Salud: "De ese caso no te voy a hablar. Para mí es un desaparecido, no está muerto, alguien lo tiene. Hay familias que lo vieron. Es mbyá porque dice los documentos que su padre es indígena, pero por lo demás es blanco y lo habrán dado a alguien. Yo no voy a hablar de eso. Si te quemas con la leche agarras miedo a la vaca. Yo trabajo para el Gobierno y no voy a dejarlo mal. Es mi Gobierno. Y menos que se sepa en el extranjero. Si quieres hablar en general de los aborígenes, sin problema, pero de Julián nunca más (...) Fue un negocio. Quién me dice a mí

que no se critica al Gobierno. Se mintió mucho. Y desde Buenos Aires más". (B., entrevista personal, abril 2010).

"Llevaron al abuelo Pablito —Chamán vinculado al Consejo de Opyguás y Guías Espirituales, vinculado a su vez a la Dirección de Asuntos Guaraníes— diciendo que tiene 105 años, cuando tiene 75. Y le hacen montar un espectáculo, un ritual. Mientras, un chiquito con la misma cardiopatía (...) fue y se operó. Volvió en bus a su comunidad y hoy va a la escuela. Demoraron la cirugía de Julián y le vinieron problemas renales, hepáticos (...) Agustín (hermano pequeño de Julián) murió de una hernia inguinal, algo completamente curable. Si por cada uno que muere tiene que ir otro, vámonos todos ya". (A., entrevista personal, noviembre 2009).

El cacique de *Pindó Poty* explica que reclamaron el regreso de Julián del hospital de Buenos Aires a su comunidad, ya que ellos "sabían que los médicos serían incapaces de curarlo".

Trabajadores del Ministerio de Salud critican constantemente que hubo demasiada controversia por ser tan mediático el caso. Desde su punto de vista sirvió para "escalar" a algunas personas, en el sentido de que gracias a su aparición en los medios pudieron acceder a otros puestos laborales mejor posicionados. Las acusaciones en sentido contrario, contra el Ministerio de Salud, también se dan y así lo pudimos comprobar dialogando con otros actores implicados. El caso de Julián envolvió a muchas personas, grupos y organismos que lo utilizaron para intereses personales, o al menos ese es el discurso más extendido.

Un agente sanitario guaraní expresó: "El tema de los aborígenes es que no son como los blancos, a veces los niños vienen chiquitos (...) Porque a veces viene una fiebre que no es común, como le pasó a Julián, porque a veces tiene un pedacito de piedra. (...) El opyguá hace todo lo espiritual y después recién manda al hospital. Lo de Julián se enteró después que estuvo en el hospital. Entonces no pudimos hacer nada por el tema de los médicos que no entienden nuestra cultura".

"Después que murió se dieron cuenta la verdad que estaba diciendo el pueblo originario", sentencia el cacique (Alejandro Benítez, entrevista personal, marzo 2010).

La prensa tituló el proceso como "un dilema para la medicina blanca". (Diario Página 12. 12 de agosto de 2005). Se produjo una gran disputa porque la familia y la comunidad no querían la intervención blanca. Pero entró en parte la justicia que autorizó el tratamiento para preservar la integridad del niño. En el encuentro realizado por el Comité de Bioética hablaron cirujanos, médicos, el director del hospital... Le explicaron al chamán que no había otra alternativa y él respondió que lo entendía. Pero que su sabiduría provenía de los dioses de la mitología guaraní y no del estudio. Entonces le propusieron que si sabía curar, que lo hiciera. Él dijo que allí "estaban lejos de la tierra y que era un lugar frío". Los mbyá creen en el equilibrio del mundo, en los elementos, en la naturaleza ligada a lo social. Definir un lugar como "frío" supone afirmar que ese equilibrio está roto.

El caso sirvió para poner en relación dos mundos separados: "en Buenos Aires descubrieron que había indígenas", me llegaría a decir el Juez Moreira, para poner de relieve la importancia que tuvo el caso en cuanto a la generación de una opinión pública en torno al proceso indígena. En los medios se trató el caso como "polémica", "diferencias culturales", "límites entre culturas". Se planteaba cuál podía ser el grado de injerencia de la medicina blanca en la vida de Julián, y hasta dónde podían llegar los saberes denominados "tradicionales", "espirituales" o "medicina alternativa" para poder salvarlo.

Para las autoridades judiciales implicadas en el caso "no hubo fracturas, salvo en un pequeño momento. Coincidían los diagnósticos y las reuniones fueron muy lindas. En Argentina tienen máxima cobertura los indígenas" (D. Entrevista personal, abril 2010).

Según trabajadores del IProDha (Instituto Pro Derecho Habitacional), "sacar a un enfermo del opy es romper el límite de la cultura. Hay enfermedades blancas y enfermedades mbyá. Julián solo fue un caso más. Fue un caso loco" (C. Entrevista personal, abril 2010).

Los responsables del hospital de El Soberbio dicen que "el centro pasa a una mayor complejidad con el caso de la cardiopatía de Julián", algo que se entiende como un logro, si bien afirman que "a los mbyá les molesta mucho la asistencia médica".

DISCUSIÓN

Que el cuerpo enfermo salga del lugar sagrado para ser llevado ante la medicina blanca, supone todo un acto de cruce de límite no solo espacial sino también simbólico y ritual.

El enfoque intercultural tiene repercusiones en las formas de entender la medicina actual, ya no solo preocupada por la curación sino también por cómo los diferentes actores (médico, paciente, comunidad, promotores de salud, técnicos, políticos, medios) entran en juego en el amplio campo de la atención de salud. El interés creciente hacia las denominadas medicinas "paralelas" (homeopatía, quiropraxia, acupuntura, osteopatía), conlleva también atender valores sociales tales como la primacía del individuo, el interés por lo natural, el derecho a la salud y el culto a la juventud, entre otros.⁷

Los enfrentamientos y conflictos de legitimidad entre el saber erudito (universitario, académico) y el de curanderos tradicionales, (diferentemente formal, no escrito, transmitido sensorialmente, con escasa tecnología, proveniente del saber popular y de la experiencia del paciente) se han acompañado de enfoques opuestos sobre el cuerpo y la enfermedad, así como de concepciones diferentes acerca de la normalidad y de las relaciones causales.⁷ Saber atender, en la práctica médica, a esta diversidad cultural y contextual es una demanda cada vez mayor.

La labor del médico es la de conocer el cuerpo del paciente en sus espacios somáticos, sintomáticos y sufrientes; sociales, culturales y simbólicos. Ambas labores deberían sobrellevarse juntas por parte del experto en medicina, que a su vez debe ser un experto en la comunicación intercultural y en la interpretación de lo somático que cada persona y grupo cultural puede tener. "Los administradores de programas de salud pública deben estar familiarizados con los valores culturales de la colectividad en que trabajan".⁸ No se ha de llegar en modo de *tabula rasa* al cuerpo enfermo sino conocer lo contextual que dio como resultado la alteración de la salud y su significación.

La relación entre médico y paciente debe ser más que una relación técnica. Es una interacción social que puede reforzar poderosamente las premisas básicas de la cultura vigente. La persona enferma es una persona dependiente y ansiosa, maleable en las manos del médico y del sistema de salud, y vulnerable a su manipulación y a su morbilidad que el profesional médico debe saber controlar desde sus experticias.⁴

En la actualidad, las fronteras de la dicotomía antes descrita -*desease* (enfermedad como categoría nosológica) vs. *illnes* (padecimiento, relato de la enfermedad por quien la sufre)- se han vuelto cada vez más porosas y fluidas. Consideramos que el conocimiento de esas fronteras debería estar en todo plan de estudio relativo a la formación médica dado que la distinción entre enfermedad diagnosticada y enfermedad vivida es complicada, si bien hemos de saber hacerla.

Estas posturas son ciertamente esencialistas pero ilustran una vez más la profunda preocupación por enmarcar la diversidad y ponerle límites a diferentes espacios culturales, que no se terminan de ver como porosos y de influencias mutuas sino como opacos, blindados y, en ocasiones, enfrentados en torno a diferentes fronteras simbólicas, geográficas o normativas. Precisamente es esa opacidad la que debemos atacar desde la educación médica.

Todo ello lleva al problema del choque cultural, pero por suerte también al crecimiento del interés por el tema de la salud visto desde una perspectiva médico-antropológica. De esta concurrencia de tradiciones diversas deriva un pluralismo médico, en donde se gana en adaptación de unas medicinas a otras. Y es importante reconocer el carácter holístico de las denominadas etnomedicinas, así como una ampliación de estudios en donde se analizan casos que son vistos como enfermedad por otras culturas que para la sociedad occidental no lo son. Y viceversa.

Ello se debe a que en muchas ocasiones no se tiene en cuenta el contexto de las sociedades sobre las cuales se pretende intervenir, a lo que se suma que se suele utilizar un lenguaje y unas prácticas definidas como neutrales, asépticas y objetivas, pero que no lo son tanto como pretende el discurso dominante.

La salud y el cuidado de los enfermos han sido temas de especial atención a lo largo de la historia de la Antropología Cultural, sus contribuciones son algo que una buena formación médica no debería desdeñar. La desatención del debido respeto y comprensión hacia las diferencias culturales puede ocasionar serias dificultades en la atención de salud de comunidades y minorías. El personal de salud, y en particular los médicos, deben poseer una formación que posibilite el abordaje intercultural del proceso salud-enfermedad. Un enfoque antropológico de la práctica médica redundará en un mejor desenvolvimiento de los servicios de salud y una mayor calidad en sus resultados. Una formación que en los planes de estudio enfatice la necesidad de profundizar en el relativismo metodológico y en la interpretación de las diferencias culturales en torno a la salud es de imperiosa necesidad.

Se recomienda que los planes de formación médica incluyan entre sus objetivos la comprensión del contacto entre culturas como un proceso en continua construcción. Las autoridades de las comunidades donde se van a realizar las prácticas médicas deben tener participación en el diseño y ejecución de los planes de estudio de medicina y otras ciencias de la salud. Durante las prácticas preprofesionales se deben realizar actividades que incluyan el trabajo de campo en la comunidad, con guías de observación del contexto para su evaluación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Douglas M. Pureza y peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú. Madrid: Siglo XXI; 1998.
2. Langdon EJ, Wilk FB. Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicada a las ciencias de la salud. Revista Lat Am Enferm. 2010;18(2):177-85.
3. Kleinman A. Writing at the margin. Discourse between anthropology and medicine. Berkeley: University of California Press; 1995.
4. Taussig M. La reificación y la consciencia del paciente. En: Un gigante en convulsiones. Barcelona: Gedisa; 1995.
5. Yin RK. Case Study Research: Design and Methods, Applied social research Methods Series, Newbury Park CA: Sage; 1989.
6. Bartolomé MA. Parientes de la selva. Los guaraníes mbyá de la Argentina. CEADU: Paraguay; 2009. p. 287.
7. Le Breton A. Antropología del cuerpo y modernidad. Nueva Visión. Buenos Aires. 1995.
8. Adams RN. Notas sobre el uso de la antropología en el campo de la salud pública. Revista Cubana de Salud Pública. 2012;38(4):640-59.

Recibido: 27 de julio de 2015.
Aprobado: 30 de julio de 2015.

Eleder Piñeiro Aguiar. Universidad San Gregorio. Avenida Metropolitana 2005 y Avenida Olímpica. Portoviejo. Manabí, Ecuador. Correo electrónico: elederpa1983@gmail.com