REFLEXIONES SOBRE ÉTICA Y CULTURA DE LA SALUD

ALVARO JAVIER LÓPEZ FERNÁNDEZ[1]
[1]Facultad de Ciencias Humanas y Sociales, Antropología, Universidad del Cauca, Grupo de Investigación en Salud (GIS), Cardiounicauca, Área de investigación: Antropología Médica y conceptual, Popayán, Colombia.

"Una breve introducción de ética y cultura de la salud"

Las experiencias en torno al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, concebida ésta como *el desequilibrio dentro del ciclo de funciones vitales que mantienen al ser humano en un estado óptimo o en un espectro de valores favorables*, han sido elemento de discusión y profundización por parte de diferentes disciplinas tanto de las ciencias médicas como de las ciencias humanas y sociales debido a la magnitud de su influencia en campos como el desarrollo, la modernización y la globalización, dejando entrever las tensiones culturales que se presentan en cuanto a formas de ver, entender y relacionarse con la realidad, dentro de la cual, las problemáticas de salud se encuentran inmersas. Dichas tensiones pueden hacerse manifiestas a través de la imposición de modelos de intervención que facultan a ciertos saberes debido a su valor sociocultural por encima de otros, haciendo de las relaciones de enseñanza-aprendizaje- dadas en un sentido unidireccional. Podemos tomar como ejemplo la manera en que la perspectiva médica conocida también como facultativa que tiene asiento en ciertos valores culturales manifiestos en el saber científico, se impone eventualmente sobre otros saberes que no poseen el reconocimiento, la representatividad y la legitimidad de ésta. En este sentido, el concepto de médico -como aquel individuo capacitado en un saber específico que le otorga la capacidad de interpretar los cambios presentes en el cuerpo humano desde una perspectiva eminentemente biológica- es usado en ocasiones y quizá arbitrariamente para definir a otros conocedores y promotores de la salud presentes en contextos culturales distintos donde su orientación no recae netamente en aspectos biológicos, constituyendo el término en un factor limitante en la comprensión de diferentes lógicas culturales.

> "Se convierte así al chamán en un técnico, y se olvida que es precisamente su carácter religioso y político lo que lo hace importante como vigilante del mantenimiento de la cultura y la forma de vida de un grupo, es decir de *su salud*." [1]

Cuando anteriormente definimos a la enfermedad, lo hicimos de una manera tal que la misma pueda ser capaz de integrarse por su "neutralidad" a diferentes posturas y visiones, donde la diada salud-enfermedad permita ser, resignificada, ser llena de nuevos contenidos acordes al lugar desde donde ésta es acogida, en otras palabras permitiéndose asumir un carácter vinculante o articulado. De esta forma se pretendía romper con el esquema que separa los saberes en torno a la salud de otras variables como el orden social, económico y político, presentes en la cultura, la forma de vida y la organización de cada comunidad.

> "Los comportamientos más exitosos desde el punto de vista de la salud, caen por fuera de la medicina nativa como tal". Alexander Alland: "adaptation in cultural evolution: an approach to medical Anthropology". [2]

Con lo mencionado se expone la condición multifactorial de aquello que podemos entender como enfermedad y sus causas. De igual manera podemos resaltar que a pesar de los distanciamientos entre "medicina tradicional" y medicina facultativa históricamente escindidas por aspectos socioculturales de diferenciación, jerarquización y dominación, actualmente se reconoce a través de un proceso de cuestionamiento que lleva décadas constituyéndose, que el saber indígena ya tiempo atrás comprendía lo que en la modernidad de la medicina se vienen a definir como factores relevantes en el estudio de la salud y la enfermedad.

[1] Herrera, Xochitl, Lobo-Guerrero, Miguel, 1989. Pág. 19.
[2] Herrera, Xochitl, Lobo-Guerrero, Miguel, 1989. Pág. 17.

Se sabe que la orientación de las prácticas vinculadas con aspectos clínicos como el diagnóstico, tratamiento y el cuidado del paciente se encuentran asociadas a la mirada médica occidental, la cual no manifiesta el carácter transversal preventivo en comparación con la orientación del saber indígena, -por mencionar un referente de forma general- que como ya se anotó, circunscriben su cotidianidad, normatividad y prácticas rituales de forma relacional con vínculos tangibles con su cosmovisión. Así pues, hablar de medicina tradicional aunque proporciona cierto grado de reconocimiento a los "saberes otros", permanece dentro del margen de lo socioculturalmente aceptable, castrando elementos esenciales de éstos. Conforme a lo anterior se propone en adelante hablar de "culturas de la salud" evaluando a éstas dentro de su contexto, permitiéndoles expresar sus valores de verdad en tanto responden a una configuración histórica particular de experiencias y conocimientos organizados y explicitados en la manera como se vive y se constituye el ser.

Este apartado introductorio como se ha visto, constituye una reflexión en torno al posicionamiento ético que se espera tanto del profesional de la salud, el investigador social, como en general del promotor de prácticas sanitarias. Es ético en la medida que comprende la relación con otros individuos y/o colectivos humanos y sus valores culturales, proporcionando a su vez la oportunidad de cuestionar nuestras propias perspectivas, nutrirlas, haciendo de este proceso de interacción un ejercicio de enseñanza-aprendizaje en doble vía. Contrario a esto se exponen ciertos procedimientos implementados tiempo atrás y que aún hoy se promueven en la inserción de lógicas culturales centralizadas, tales como: la creencia de que a mayor número de centros médicos mayor será el nivel de salud de las poblaciones, desconociendo el grado de aceptación cultural que tendrán éstos, el contexto al cual pretenden articularse, y de esta forma limitando el nivel de recursos disponibles para el desarrollo de sus funciones, convirtiéndoles en proyectos inviables.

Siguiendo esta idea desde otro ángulo podríamos resaltar los procesos de cambio cultural devenidos de las transformaciones en las creencias y valores cuando éstos son vistos como factores limitantes en el ejercicio de la práctica médica, generando reconfiguraciones identitarias en un marco de relaciones desfavorables, haciendo de este un proceso de pérdida cultural.

> "Necesitamos también una atención de salud mucho menos centrada en los gérmenes y más en la gente: Una medicina más social y más ligada a los recursos locales." [3]

Por otra parte, se hace necesario resaltar que si bien hasta el momento se ha hecho hincapié en aspectos que confrontan la incursión del conocimiento médico cuando éste no promueve las apropiadas consideraciones en el desarrollo de su práctica, es igualmente relevante mencionar que cada acción debe encontrarse sujeta al análisis y no toda práctica cultural puede justificarse a sí misma por su valor ancestral, ni tampoco ser elemento restrictivo de la intervención oportuna y dirigida por personal capacitado en el área del problema. En este sentido es necesario tener claro que no siempre aquello que es considerado canon es resultado de la experiencia reflexiva y consensuada, ocasionalmente responde a sincretismos culturales vinculados a la migración de conocimientos de sus lugares de origen, transfigurándose como "saberes populares", perdiendo valiosos referentes y conexiones contextuales, generando riesgos para la comunidad donde se ve insertado. De esta manera se hace imprescindible establecer canales de comunicación apropiados que acompañen los procesos de investigación y análisis con la comunidad, esto siempre de la mano de pautas previamente establecidas tanto con las autoridades sociales como con los mismos individuos en función promover relaciones respetuosas y recíprocas.

[3] Herrera, Xochitl, Lobo-Guerrero, Miguel, 1989. Pág. 18.

(…) "las creencias y comportamientos ancestrales de madres y abuelas relacionados con el manejo de problemas y enfermedades que conducen a tantas muertes de niños, debían ser abordados por el personal de salud dentro de un diálogo respetuoso y constructivo para conseguir las modificaciones necesarias en beneficio de la salud de sus niños." [4]

Buena parte de los contrastes a los que se ven sujetas las iniciativas institucionales-estatales se fundamentan sobre las contradicciones derivadas eventualmente de las luchas por la autonomía, inscritas dentro de los cuerpos de exigencias afirmados en la carta de derechos constitucionales que las comunidades buscan para sí, en tanto les proporcionan un conjunto de beneficios, reconocimientos y prebendas. A partir de los logros alcanzados para las diferentes minorías étnicas inscritos en la constitución Colombiana de 1991, y sus posteriores reformas dirigidas afianzar el carácter pluri-étnico y multicultural de ésta, han dado paso a movimientos reivindicativos de derechos sociales tales como la autonomía en la gestión de recursos, en el direccionamiento social y político, la definición de límites territoriales, todo esto amparado en la protección de las diferencias culturales y la promoción de la identidad. Dentro de este marco se resaltan las dificultades que existen en la relación de diferentes realidades socioculturales cuando los términos que encarnan el valor legítimo y efectivo se encuentran inmersos en parámetros culturales no incluyentes, refiriéndonos al hecho de que no son construidos en base a la realidad política, social, cultural, económica de los potenciales beneficiarios, sino a partir de criterios ajenos a ellos.

Es así como diferentes proyectos y estrategias pensadas para favorecer, apoyar, beneficiar no logran cumplir con los objetivos propuestos, en cambio suelen generar tensiones al interior de las comunidades, quienes en consideración a ciertas necesidades o como medio para mantener sus relaciones con los centros urbanos y posibles nuevas prebendas, permiten la inscripción de dichas iniciativas sin contemplar sus posibles consecuencias.

[4] Restrepo Espinosa, Helena, 2015. Pág. 316.

Como elemento de conclusión postularemos una propuesta metodológica que contemplando lo anteriormente expuesto puede convertirse en un eje de interacción efectivo en la medida que convierte a la comunidad en un agente activo en la definición de sus problemáticas y en las estrategias que conlleven a mejorar sus condiciones de vida: "En lugar de partir de unas pautas y unos contenidos rígidos preestablecidos, es necesario partir de la comunidad misma, de sus problemas y necesidades sentidas, de sus recursos y potencialidades."[5] Para tal fin se considera una prioridad motivar un posicionamiento crítico en relación a aquellas posturas que naturalizan ciertas condiciones y/o circunstancias, que promueven contradicciones internas y reproducción de imaginarios sociales en los que las comunidades tienden a ser catalogadas de forma peyorativa, debido a su reticencia respecto a lo que se considera ajeno a sus constructos socioculturales: "Esto implica indudablemente un proceso de reflexión de la población sobre la forma como puede enfrentar su dinámica de cambio." [6]

Referentes Documentales.

1. Portela Guarín, Hugo. 2005. "Cultura de la Salud Páez, un saber que dura para perdurar". Editores Universidad del Cauca. Vol. 300, pág., 188.
2. Restrepo Espinosa, Helena. 2015. Los aportes de Virginia Gutiérrez de Pineda en el campo de la antropología y sociología médicas. Maguaré. Vol. 29, nº 2 (Jul-Dic). Pp. 315-317.
3. Herrera, Xochitl, Lobo-Guerrero, Miguel. 1989. Salud, medicina y antropología. Universitas Humanística. Vol. 18, nº 30 (Ene-Jun). Pp. 13-23.

[5] Herrera, Xochitl, Lobo-Guerrero, Miguel, 1989. Pág. 21.
[6] Herrera, Xochitl, Lobo-Guerrero, Miguel, 1989. Pág. 21