

HACIA UN SISTEMA INTERCULTURAL DE SALUD EN BOLIVIA

De la tolerancia a la necesidad sentida

Jacqueline Michaux¹

Universidad Mayor de San Andrés
La Paz. Bolivia

La ineluctabilidad de la interculturalidad en Bolivia

El problema de la salud en Bolivia es comparable a un “cubo mágico”: imposible armar una cara sin afectar a los demás lados. Las caras de la problemática de la salud en un país multicultural son múltiples: políticas, económicas, médicas, cognitivas, simbólicas e imaginarias, psicológicas, históricas y legales. Cada tópico alude a los demás, y todos se articulan en un profundo desencuentro intercultural.

Mal físico, mal social

Así, por ejemplo, el costo de la salud, evocado a menudo por la población aymara para justificar su veto a la atención médica, no alude a la sola disponibilidad monetaria de los interesados, pues sabemos que ciertos tratamientos espirituales llegan a costar veinte o treinta veces más que un tratamiento médico (gratuito para niños pequeños y mujeres parturientas), sino que revela una disconformidad más general hacia el orden social. El discurso aymara sobre el precio de la atención institucional revela una crítica aguda al *biopoder*². La enfermedad se vuelve “metáfora”³: “Porque exige una interpretación, la enfermedad se vuelve entonces el soporte del sentido, significante cuyo significado es la relación del individuo al orden social”, y, en el contexto neocolonial que caracteriza a Bolivia, revela la relación de los pueblos indígenas al orden hegemónico criollo.

Así, toda situación local de salud, en pueblos indígenas, se hace eco de la historia política de este pueblo con el Estado. Eso no desvalida la necesidad imprescindible de un seguro universal de salud, sino que pone a luz la dimensión polisemántica de los discursos sobre la salud y la necesidad de diferenciar varios niveles de análisis: por un lado, lo explícito, lo dicho, las explicaciones de los sujetos (costo de la atención, trato inadecuado de parte del personal de salud, problemas de comunicación, diferencias cognitivas entre enfoque biomédico e indígena, etc.) y, por otro lado, lo latente, lo imaginario, las representaciones con las cuales se interpretan y relatan los hechos, y que en última instancia remiten a relaciones de poder, empezando con la desigualdad de la población boliviana frente a la enfermedad, en un país con dos ofertas de salud (pública y privada) muy diferenciadas en términos de calidad y de costo. La enfermedad está reclutada para expresar un desencuentro entre población e instituciones de salud: “el médico no nos trata bien, nos desprecia”, “nos da recetas nada más”, “no nos explica”, “mandan aprendices nomás”, “las vacunas matan a nuestros hijos”, “los anticonceptivos dan cáncer”, “los médicos no saben de *larpha*, de *katja*⁴, eso no curan”, y cada denuncia siendo acompañada de pruebas contundentes porque son vividas por algún familiar o vecino en la comunidad. El imaginario aymara de la medicina occidental es un imaginario de la dominación colonial e incluso del asesinato (“las vacunas ma-

tan a nuestros hijos”). Triste suerte de una ciencia destinada a dar la vida y la salud que ha de ser acusada de promover la muerte de sus usuarios.

Esta visión no es generalizable, y es verdad que los numerosos “cursos de capacitación en salud” organizados en las comunidades por los servicios de salud, en general privados (ONGs), llegan a disipar ciertos malentendidos. Pero éstos a su vez revelan otras dificultades, pues tienen como objetivo cambiar las actitudes o las prácticas de la población consideradas a menudo como poco saludables: higiene, uso de anticonceptivos, asepsia en el parto domiciliario (el llamado “parto limpio”), uso de sales de rehidratación, equilibrio en la dieta diaria, higiene bucal, son algunas de estas recomendaciones preventivas. Pero está claro que el aprendizaje de prácticas preventivas, sin la comprensión de los motivos científicos que la fundamentan (la existencia de microorganismos patológicos, en especial) releva más de la fe que de una real interiorización de conocimientos.

Entonces, si bien un primer malentendido reside en confundir la vocación de la medicina occidental con el uso político de esa (controlar la población de parte del Estado), un segundo problema –más profundo todavía– surge cuando el paradigma científico en el que se basa esta medicina es desconocido por la población, y más aun entra en contradicción con el paradigma de salud de los usuarios, como lo veremos más adelante.

La nueva repartija del poder

Pero si bien la enfermedad remite a relaciones de poder, éstas no son inmutables. En los últimos veinte años se ha ido gestando un nuevo pacto social entre pueblos indígenas y Estado. Bolivia ha sido reconocida como un país pluricultural y multilingüe en la Constitución Política del Estado (CPE, 1995), lo que permitió la promulgación e implementación de leyes específicas a favor de la participación y del empoderamiento de los pueblos indígenas-originarios en el país⁵. La Ley de Participación Popular (1994) fortalece el poder local de los ayllus y comunidades indígenas, reconociendo la legalidad de las organizaciones sociopolíticas indígenas; la ley del Servicio Nacional de Reforma Agraria (1996) ofrece la posibilidad legal de una tenencia comunitaria de la tierra, bajo el denominativo de Tierras Comunitarias de Origen; la ley de Municipalidades (1999) permite un real poder local, con distritos indígenas, con vista a la creación de municipios indígenas⁶. En este sentido, los ayllus y comunidades indígenas, a través de su gobierno municipal, tienen legalmente la posibilidad de proponer una política de salud original.

Este proceso está ligado a una reflexión crítica de fondo sobre el tipo de desarrollo deseable y posible para Bolivia. Aunque existe una fuerte y tenaz resistencia ante ello, tanto en el medio de las ONGs e instituciones de desarrollo como en el ámbito político, no podemos ya ignorar los análisis realizados sobre la imposibilidad⁷ de promover un desarrollo de tipo occidental, en un país en mayoría no-occidental, no-industrial, no-capitalista, cuya mayoría está enmarcada, al contrario, en un paradigma de desarrollo cualitativo basado en el principio de reciprocidad⁸, generador del lazo social.

Las cosas no son como antes de octubre, se escucha a menudo en La Paz. En el mes de octubre del presente año, más de ochenta aymaras fueron muertos por las fuerzas armadas y centenares heridos a balas, bajo las órdenes del Ministro del Interior, en la ciudad de El Alto, La Paz y en la provincia Omasuyos, del departamento de La Paz (Warisata). Estos asesinatos se inscriben en la memoria larga de las relaciones Ayllus/Estado, puntuada de rebeliones y sublevaciones reprimidas. Pero a diferencia de las demás revueltas (“guerra”, dicen algunos), ésta concluyó con la renuncia del Presidente de la República, Gonzalo Sánchez de Lozada, y de su gobierno. Mientras protagonizaba la fuga del gas natural al exterior, terminó huyendo por el aire, en helicóptero, y con él todo un modelo neoliberal. Una asamblea constituyente debería ser elaborada el próximo año para concertar una nueva Constitución con enfoque intercultural, que permita una real representación política del 62% de la población boliviana, que es indígena (Medina, 2003).

En este contexto, la interculturalidad ya no es sólo una “trasversal” introducida a regañadientes entre las líneas de los proyectos y planes de desarrollo “porque así lo exigen los financiadores (sic)”, sino la piedra fundamental en la que deberían reposar las políticas nacionales y locales. Y en este campo, los pueblos indígenas tienen ventajas, pues son cinco siglos que construyeron su identidad en relación con el “otro”, el Estado, la sociedad occidental, aprendiendo a manejar el idioma del conquistador, sus leyes, su economía, su sistema político, su tecnología, y logrando crear múltiples espacios de mediación entre sí y el otro. Al contrario, la sociedad criolla no habla hoy el aymara o el guaraní, no conoce la justicia comunitaria, ni la economía de reciprocidad, porque seguramente pensaba que la corriente de la historia llevaba a todos en el único cauce de la occidentalización. Pero, en Bolivia, el pueblo aymara jugó una mala pasada a la historia⁹. Así, si bien para los unos, los pueblos indígenas, las dos Bolivias eran concebidas como incluyentes, para los otros, las dos Bolivias eran excluyentes.

En este sentido, si la interculturalidad parte de un verdadero diálogo intercivilizacional, todos debemos aprender a hablar el lenguaje de la diversidad, de la heterogeneidad y de la pluralidad de los saberes y paradigmas, para crear luego sistemas de traducción y mediación entre estas “territorialidades mentales”. Una política de salud ya no puede pensarse únicamente a partir de inversiones en infraestructuras de salud y equipamiento. Una política de salud monocultural ya no es viable, no sólo porque genera la suspicacia de la población indígena, sino porque las relaciones de poder han sido redistribuidas, y más aun, porque es privar al conjunto de la sociedad de un abanico de capacidades y potencialidades que se desenvuelven hoy en más de la mitad del sistema de salud boliviano.

Es en este contexto general, algo alborotado, que se inscribe el presente artículo en el que quisiera aportar algunos elementos de reflexión basados en estudios de carácter teórico y en una experiencia concreta realizada en el municipio de Ancoraimes desde 1999. En primer lugar, presentaremos las bases teóricas del modelo propuesto, analizando en especial los principales conceptos en los cuales reposa esta propuesta de humanización e interculturalidad en salud. Describiré luego las características del modelo propuesto, sus principales componentes y las estrategias desarrolladas para su validación en el municipio de Ancoraimes.

Bases teóricas e hipótesis

Diferencias culturales y antagonismos de civilizaciones

La interculturalidad supone la pluriculturalidad, es decir, la coexistencia en un espacio delimitado, de personas o grupos que se identifican o pueden ser identificados como pertenecientes a culturas distintas. Eso implica una clarificación del concepto de cultura. Toda persona o grupo construye su sentimiento de “identidad” a partir de relaciones concretas que establece con los demás. En todas las sociedades, estas relaciones se basan en el principio de reciprocidad que ubica a cada persona en la situación peculiar de donador o donatario, pero lo llamativo de esta situación es que el donador es un donatario potencial, y el donatario, un donador futuro, en función de las tres obligaciones del don: dar, recibir, reproducir el don (Mauss 1924). Estas relaciones de reciprocidad se organizan según distintas estructuras: binarias (entre dos partenaires), ternarias (entre más de dos), simétricas o centralizadas. Por ejemplo, la relación materna posiciona a una mujer entre su madre y su hija: la madre da a su hija lo que ella recibió de su madre (los cuidados), lo que la pone en la situación particular de ser madre de su hija e hija de su madre, es decir, que está integrada a una estructura ternaria entre generaciones. El *yatiri* (sacerdote aymara) se ubica también al centro de una relación entre un donador-consultante y la naturaleza, representada como donadora de las condiciones de la producción (lluvia, tierra fértil, sol, etc.). Y así el padrino, el ahijado, los aynis, los compadres..., de tal manera que cada familia se encuentre enlazada a las demás en una red de relaciones sociales cada vez más amplia. En el contexto andino, las relaciones familiares (filiación, alianza, parentesco espiritual), las relaciones interfamiliares económicas y

políticas, las relaciones intercomunitarias (ferias, campeonatos de fútbol, tinku, competencias festivas, etc.) corresponden a estructuras de reciprocidad particulares que, combinadas entre sí, son *sistemas de reciprocidad* propios a cada comunidad o región. La reciprocidad, como principio generador del lazo social, es universal, pero su concretización en lo real (¿qué don?, ¿cuándo?, ¿cómo?, ¿a quién?) y las expresiones simbólicas que representan el lazo social creado mediante estas relaciones serán *propias de cada comunidad* (danza, textil, música, lengua, etc.), pues reflejan los imaginarios locales. Las comunidades aymaras gozan de sus diferencias culturales, llamadas “costumbres” (*kustumri*), que las diferencian las unas de las otras, haciendo hincapié en sus variaciones rituales, lingüísticas, festivas, etc., incluso entre comunidades distantes pocos kilómetros.

En las sociedades occidentales, dominada, por el sistema de intercambio, las ocasiones de crear este lazo social se han vuelto escasas, las relaciones sociales están siendo regidas por contratos laborales o transacciones comerciales. Los espacios de creación del lazo social se han limitado a la esfera familiar y a grupos limitados de personas (amigos, por ejemplo), mientras que en las sociedades indígenas toda relación con el otro tiende a ser enmarcada en una estructura de reciprocidad, todo acontecimiento está reclutado para crear o reforzar el lazo social.

Por supuesto que las comunidades andinas, desde el siglo XVI, están en relación con la economía de intercambio, mediante la venta de su fuerza de trabajo y de sus productos, o mediante préstamos bancarios. Pero estas relaciones se diferencian de las relaciones intracomunitarias, como si existiesen dos territorialidades “mentales” diferenciadas: la una, propia de la comunidad, basada en la reciprocidad (dones y contradones, ayuda mutua, redistribuciones, etc.) y por ende a la producción material y social; y la otra, propia de la otra sociedad (intercambio), destinada a la obtención de valores materiales.

Una situación intercultural pone en contacto personas o grupos de culturas distintas, pero a menudo entendemos la interculturalidad como relaciones entre personas o grupos indígenas con personas o grupos no indígenas. Las diferencias entre ambas “culturas” no son del mismo orden que las variaciones locales entre comunidades de reciprocidad. Las diferencias entre comunidades se ubican en el nivel imaginario, mientras que entre sociedades indígenas y occidentales reflejan antagonismos fundamentales entre dos civilizaciones: la una basada en la reciprocidad y la creación del lazo social; la otra, en el intercambio y el interés privado.

Los cambios en el ámbito de los imaginarios son necesarios para lograr adaptarse a los cambios técnicos o históricos, mientras los cambios a nivel de sistema desestructuran a las comunidades, las deshumanizan. La historia de las Américas es la historia de la confrontación de dos civilizaciones antagónicas, la historia de la dominación del sistema de intercambio sobre el sistema de reciprocidad¹⁰.

Ahora bien ¿qué tiene que ver todo eso con la salud?

Medicina moderna occidental y medicina indígena: dos paradigmas opuestos

Paradigmas científicos occidentales

La medicina occidental se ha constituido sobre el paradigma científico clásico occidental, que tuvo su apogeo en el siglo XX, basado en la lógica aristotélica y los postulados de identidad, de contradicción (en realidad se debería decir de no-contradicción puesto que no reconoce la posibilidad de un valor en sí contradictorio) y del tercer excluido, que se resume a una lógica llamada binaria o bivalente. Analiza la realidad a partir de una serie de oposiciones irreducibles: cuerpo/mente, individuo/sociedad, enfermedad/salud, naturaleza/cultura, etc., que deben ser estudiados separadamente en función de una exigencia analítica: la realidad está recortada en unidades mínimas a partir de las cuales se piensa llegar a la totalidad del fenómeno o del objeto de estudio. Estos elementos aislados los unos de los otros deben ser, además, estudiados en condiciones objetivas para evitar toda influencia del contexto o del investigador (exigencia de objetividad). La medicina occidental moderna utiliza estas premisas y promue-

ve el estudio del cuerpo (dejando el estudio de la mente y del espíritu a otros campos, la religión o las disciplinas “psi-”, por ejemplo), de manera mecanicista, promoviendo una especialización cada vez mayor para el estudio de cada una de sus partes. Por un lado, el cuerpo está aislado de las demás dimensiones humanas (social, mental, afectiva, espiritual), y por otro lado, dentro de la misma biomedicina, el estudio del cuerpo humano está fraccionado en partes cada vez más pequeñas. De hecho, esta objetivización del cuerpo humano permitió los grandes adelantos médicos que conocemos hoy, y sin los cuales muchos de nosotros no estaríamos hoy discutiendo del tema. Pero a la vez, este paradigma (analítico, reduccionista, positivista, universalista¹¹) se generalizó a todos los campos de la medicina, desvalorizando aquellos campos médicos que promovían enfoques más holísticos, tales como la medicina general¹², por ejemplo.

A mediados del siglo XX, los descubrimientos de la física cuántica cuestionan los postulados de la ciencia clásica, de la física newtoniana, de la lógica binaria, de una visión mecanicista de la realidad. El llamado *nuevo paradigma científico* muestra lógicas no-aristotélicas (trivalente, polivalentes, contradictoria)¹³, una metodología sistémica (cada parte influye sobre la totalidad), la subjetividad a partir de la cual un objeto no puede ser desligado del sujeto que lo analiza, el reconocimiento del tercer incluido¹⁴. En el campo médico, se plantea la necesidad de un nuevo paradigma, más “holístico”.

Chunchei Chi (2003) ha mostrado que el nuevo paradigma médico, incluyente y holístico, parte de premisas distintas. Plantea que la mejor manera de llegar a una generalización es partiendo de la totalidad hasta llegar a las partes mínimas; porque cada parte ejerce un efecto no-independiente sobre la totalidad, esta totalidad no puede ser aprehendida mediante el análisis de cada una de sus partes independientemente; la totalidad es siempre mayor a la suma de sus partes porque cada sistema tiene propiedades o comportamientos que sus partes no tienen; todos los problemas pueden ser considerados como parte de totalidades más grandes; plantea que los problemas deben ser entendidos en sus interrelaciones con los demás problemas. Además, se basa en el principio de relatividad (Einstein, Heisenberg): no existen leyes universales sino procesos dependientes de un contexto. Finalmente, Chi constata la ineluctabilidad de la subjetividad: ni el problema estudiado, ni la metodología son independientes del investigador o de sus valores. Resume en el cuadro siguiente las principales diferencias epistemológicas entre ambos paradigmas:

	Paradigma analítico	Paradigma holístico
Concepto de salud y enfermedad	La “salud” como ausencia de enfermedad	La “salud” como un estado de bienestar y adaptación
Concepciones de los problemas de salud	Enfermedades como consecuencias de las interacciones de los organismos individuales humanos con los organismos enfermos	Enfermedades como consecuencias de las interacciones del ser humano con su ámbito social y físico
Soluciones de los problemas de salud	Soluciones individuales (comportamentales) y técnicas	Soluciones colectivas (sociales, económicas, políticas, epidemiológicas y espirituales) y soluciones individuales

Visiones analítica y holística de la salud y de la enfermedad (Chunchei Chi, 2003)

Paradigma médico andino y paradigma biomédico

El paradigma médico “amerindio” opera una suerte de relación analógica entre el cuerpo individual, el cuerpo social y el cuerpo cosmológico (Devish, 1995): un trastorno en uno de estos “cuerpos” afecta a la totalidad del sistema. En otro trabajo, he mostrado cómo los trastornos visibles, fisiológicos, refieren siempre en última instancia a un trastorno en el orden de las relaciones de reciprocidad. Las llamadas “creencias”, que son considerados por las mentes positivistas como supersticiones insensatas, son

formas concientes de recordar los imperativos de reciprocidad. Por ejemplo, en el Altiplano Norte, se considera a menudo que una granizada, destructora de la cosecha, está producida en el cielo por “angelitos”, que no son sino niños abortados no socializados, es decir, no bautizados o no enterrados, según las normas rituales específicas a esta situación. Estos angelitos harían bolitas de nube para castigar a la comunidad de su destino. Se busca la culpable en la comunidad y se pide indemnización (un don) para retornar al orden. Son en general las adolescentes que abortan porque su embarazo es fruto de un encuentro esporádico, es decir, de relaciones que no son socialmente legitimadas por la comunidad, pues no se basan en una alianza entre familias (*jaqichasiña*). Un trastorno individual (aborto), influye sobre el orden social (mala producción agrícola), mediante la intervención de las fuerzas del cosmos (el granizo, como fuerza espiritual). Todas las fuerzas de la naturaleza son representadas como fuerzas espirituales materializadas en lluvia, granizo, viento, nieve, trueno, relámpagos, etc., porque la naturaleza participa, en la visión aymara, de la reciprocidad en calidad de donadora por excelencia (*Pachamama*). Un trastorno en el orden social, es decir, en las relaciones de reciprocidad, afecta los demás niveles individual y cosmológico. Diferenciar estos niveles permite a la vez cuestionar ciertas “creencias”, en la medida en que corresponden a la expresión de un imperativo social. Las expresiones pueden cambiar, y por ende las normas sociales, mientras se respeta los imperativos primordiales de reciprocidad.

En este sentido, no existe una separación entre lo biológico y lo espiritual. El nivel físico es el soporte de la vida espiritual, que expresa a su vez la vida relacional de una persona con su entorno. Tras una enfermedad y sus causas fisiológicas, se buscará siempre la causa original del mal en el orden social. A menudo, son relaciones de reciprocidad negativa entre familias (brujería, por ejemplo) o el no respeto a la reglas de reciprocidad, que explicarán una disfunción fisiológica.

Entendemos así las diferencias fundamentales existentes entre la biomedicina tal como se la enseña y práctica hoy en Bolivia, y el enfoque terapéutico andino. De manera general, estas diferencias han sido constatadas no sólo en Bolivia, sino entre la medicina occidental y todas las medicinas tradicionales:

La medicina occidental (oficial, alopática, científica, ortodoxa) está basada en la ciencia; la curación tradicional (alternativa, complementaria, energética, holística, tradicional, y espiritual) está basada en la espiritualidad. La ciencia asume que los seres humanos emergieron de la materia; el enfoque espiritual propone que los seres humanos emergieron de la conciencia (universal). Por supuesto, la verdadera espiritualidad toma en cuenta los descubrimientos de la ciencia. La ciencia se basa en el intelecto; la espiritualidad se basa en el corazón. El intelecto usa la mente racional (lógica), mientras el corazón se basa en la mente intuitiva. La mente racional quiere ser objetiva, la mente intuitiva es necesariamente subjetiva. La objetividad es la base de la ciencia, la subjetividad es la base de la espiritualidad. Los científicos reconocen e investigan (sólo) la materia, los místicos investigan la conciencia, y aprehenden distintos niveles del ser humano: espiritual (la libre voluntad, el amor incondicional y la inteligencia universal), psíquico (mental y emocional), y físico (pranic [informacional-energético] y material). La medicina occidental considera que los seres humanos son máquinas bioquímicas; la terapia tradicional, por otro lado, considera que los humanos son seres concientes y regidos por múltiples leyes, en las cuales el cuerpo físico es sólo una dimensión. (Kononenko, 2003).

Pero cabe preguntarse: ¿a qué conciencia aluden las medicinas tradicionales, que las diferenciarían de la medicina occidental? Si la medicina occidental ha podido objetivizar la materia, desligarla de toda carga afectiva, ¿no sería acaso porque la materia dejó de ser, en el pensamiento occidental, la representación, el símbolo visible, de la vida espiritual? Y entonces, ¿de dónde viene esta vida espiritual, esta afectividad?

Temple (en prensa) ha presentado los aportes fundamentales de Stéphane Lupasco que se basan en el principio de antagonismo y la lógica de lo contradictorio: