

Epidemiología Sociocultural:

Los procesos protectores de la salud y el conocimiento en salud de las comunidades

Andrés Cuyul¹

Me permito utilizar este espacio para reflexionar a partir de la práctica y la investigación en salud pública acerca de la aparente tensión existente entre la identificación y valoración de la enfermedad de parte de los sistemas de salud pública y la visualización y valoración de los denominados *procesos protectores de la salud* en tanto prácticas o fenómenos de la realidad que benefician a la persona o grupo familiar promoviendo su bienestar.

Pretendo poner en relieve el hecho que dichas prácticas han sido invisibilizados, no sólo por la práctica médica, sino por las políticas y programas en salud pública que se despliegan en la población. Es decir, los perfiles epidemiológicos y análisis de situación de salud que se realizan “sobre” las poblaciones son más bien análisis de situación de enfermedad y no visibilizan los procesos que las familias y colectivos promueven para mantener y cuidar su salud, dispositivos o acciones a partir de las cuales los programas de prevención y promoción de la salud debieran centrarse para su planificación. Esta situación sólo beneficia el negocio de la enfermedad (entre ellos las farmacéuticas) toda vez que nos centramos en el paradigma curativo y de rehabilitación y no en lo preventivo; menos en promover acciones saludables en un contexto de aumento de enfermedades crónicas no transmisibles, obesidad, sedentarismo, entre otros, donde los modos y estilos de vida son cada vez más relevantes en tanto determinantes de la salud.

Quiero, a partir de la experiencia de trabajo con pueblos indígenas poner de relieve esta noción de *procesos protectores* y la visibilización de prácticas saludables en las comunidades que promuevan el cambio de paradigma hacia enfoques de análisis y de intervención basados en la salud y no en la enfermedad, en la vida y en los procesos relacionales de las personas, y menos en la notificación del padecimiento. Esto implica la incorporación del enfoque sociocultural en la epidemiología que permita el diálogo horizontal con la diversidad de actores y fenómenos implicados en el proceso salud/enfermedad/atención.

Los procesos protectores de la salud y las comunidades

La noción de “procesos protectores de la salud” fue acuñado por el epidemiólogo ecuatoriano Jaime Breilh para hacer alusión a los fenómenos o procesos que se tornan beneficiosos, se convierten en un favorecedor de las defensas y soportes y estimula una direccionalidad favorable a la vida humana, individual y/o colectiva; mientras que cuando ese proceso se torna un elemento destructivo, provoca privación o deterioro de la vida humana individual o colectiva, se le denomina *proceso destructivo* (Breilh, 2003:209). Atendiendo a ello es que el término “proceso” se utiliza en oposición a la noción de “factores” que al decir del mismo autor entregan una visión fragmentada, estática y unidireccional de la realidad en salud.

En el caso de las comunidades mapuche existe una serie de prácticas cotidianas que tanto a nivel familiar como colectivas protegen la salud, promueven prácticas saludables y refuerzan el rol familiar. Esto al contrario de la negación del devenir histórico y conocimiento en salud de las personas promovida muchas veces desde el modelo biologicista de la atención de salud, el que, en la puerta del box de atención, despoja a las

personas de su conocimiento en salud, y hasta de sus acompañantes o lo que en la cosmovisión mapuche se denomina el *ngen kutran*.

En efecto, el hecho que muchas familias mapuche a la mañana temprano tomen mate y se comenten los sueños como prevención de enfermedades, que mantengan una serie de hierbas medicinales (*lawen*) en las proximidades de la casa, mantengan una red familiar de apoyo, prácticas de autoatención en salud (Menéndez, 2002), referencia a agentes de salud mapuche (*machi, lawentuchefe*), entre otros, da cuenta de una vigencia de prácticas culturales en salud que a nivel sanitario debemos visibilizar toda vez que permite considerar el conocimiento de las personas, familias y comunidades sobre salud, ser más certeros en los diagnósticos, promover acciones saludables desde la experiencia y cultura de las familias; pero por sobre todo, reconocer a las personas en su integridad y como recurso intrínseco en salud más que como objeto de aplicación de tecnologías sanitarias.

A nivel comunitario, la conservación y cuidado de reservas forestales y botánicas nativas (*pitrantu, menoko*, entre otros)², la conservación de espacios tradicionales sagrados o rituales (canchas de ceremonias, cementerio comunitario), así como el uso del *pentukun* como dispositivo de evaluación y preocupación del estado de salud entre familias (o saludo tradicional mapuche,) son prácticas colectivas que a nivel general se pueden visualizar como protectoras de la salud, sumado al hecho de la existencia de sanadoras mapuche como *machi* o *lawentuchefe* que poseen legitimación comunitaria en tanto roles tecnológicos, teóricos y espirituales para la rehabilitación de la salud en noción de equilibrio dinámico que hace alusión a una integralidad de relaciones que permite un buen vivir o *küme mongen*.

En el caso de las comunidades migrantes, el hecho que las mujeres jóvenes embarazadas viajen con sus madres o bien la joven familia acuda al alero de la casa de sus padres que permita la transferencia de cuidados en salud perinatal a la primigesta y su pareja son en sí mismos procesos protectores en tanto práctica cultural en salud. Asimismo, la familia compuesta y extendida, los viajes y contactos con el lugar de origen prevalecen como prácticas que protegen la salud, por ejemplo, en comunidades migrantes aymara en el Gran Buenos Aires (Caggiano, 2010).

Estas prácticas culturales en salud pueden entenderse como acciones individuales, familiares o colectivas que tienen consecuencias en el cuidado y mantención de la salud, así como en la curación y rehabilitación, incluyendo para ello la serie de estrategias y conocimientos adquiridos por la persona, grupo o colectivo de manera oral/tradicional en su contexto socio-territorial. Son utilizados cotidiana u ocasionalmente para mantener, cuidar o re-establecer la salud desde la perspectiva y *cosmovisión* propia, a partir de la cual se entiende el fenómeno salud/enfermedad.³

En muchos casos, las prácticas culturales en salud propias de las comunidades indígenas y migrantes de países vecinos van siendo relegadas y subordinadas a la atención de salud oficial que decodifica los padecimientos a la respuesta que posee la tecnología biomédica. Las prácticas de cuidado propias son subordinadas por el conocimiento biomédico en tanto etiología propia de comprensión de los padecimientos y en su diversidad de estrategias que combinan sustratos religioso, familiar, comunitario, lo cual hace que inclusive para el sistema oficial no pueda hablarse de formas médicas en sentido estricto (Arrue & Kalinsky, 1991:25) por lo que estas mismas engloban además representaciones y prácticas alejadas de la clínica y de las

formas de prevención médica. No obstante, tanto ese devenir como los conocimientos en salud son para la práctica médica generalizada, en primer lugar, un hecho natural, biológico y no un hecho social e histórico

La medicalización (medicina basada en el síntoma) en este sentido actúa como un dispositivo de domesticación y de absorción de áreas de la práctica social que se van convirtiendo en resortes de la medicina (Grimberg, 1995:46) limitando el derecho a la autoatención y autonomía en salud de las familias que se da de manera natural (Menéndez, op. cit). De esta forma el modelo médico biologicista en tanto características hegemónicas (Menéndez, 1988) se encarna en las familias y en sus decisiones de administración de los recursos terapéuticos propios, inclusive los que muchas veces son producto de préstamos y contacto con la sociedad en general. De esta forma, no sólo las comunidades mapuche sino también las familias que poseen conocimientos y prácticas populares en salud cristalizan una idea de salud oficial como indicador y requisito de civilidad y calidad de vida. Así, se ha pasado de un uso del medicamento con un objetivo de curación, a un uso que se ubica discursivamente como *condición de vida*, como condición de estar en el mundo (Cazenave, 2008).

La epidemiología sociocultural como enfoque para la valoración de los procesos protectores

La promoción de procesos protectores y comunidades saludables debiera identificar precisamente las acciones saludables en salud en sus distintas dimensiones (familiares, colectivas, individuales) incorporándolas a los análisis de situación de salud tanto a nivel de los equipos de salud como en la planificación de programas en tanto *indicadores socioculturales en salud*. Para ello es que los perfiles de salud debieran aprehender abordajes cuanti- cualitativos que permitan abordar integralmente las distintas dimensiones y determinaciones en la situación de salud de una comunidad, población o municipio, como señala el mexicano Armando Haro, en un diálogo de saberes no limitado a expertos sino que en interacción constante con los *actores significativos* (Haro, 2010) y conjuntos sociales que sufren y experimentan enfermedad, promueven acciones saludables individuales o colectivas y movilizan recursos para el cambio en salud. Es decir, desarrollar una epidemiología sociocultural que se cimiente bajo una sólida base de diálogo intercultural⁴, entendiendo que la indagación de situación de salud en los niveles colectivos no se debe limitar sólo a números, ni a especialistas, sino también a sanadores, educadores, parteras empíricas, líderes, madres; es decir, centrado en lo que la gente hace, dice y en cómo se cuida, se enferma, se sana y promueve acciones saludables o agresoras.

Para ello la invitación es a utilizar metodologías cualitativas de abordaje y conocimiento de la realidad, articulando herramientas y habilidades desarrolladas en las ciencias sociales y de la salud pública, que no sólo involucra el estudio de las pautas que determinan el perfil de salud-enfermedad de una población, sino también la identificación, comprensión e interpretación de las estrategias de atención desarrolladas socialmente por las colectividades sociales en respuesta a sus problemáticas de salud específicas

“La epidemiología con enfoque sociocultural reconoce que los problemas de salud que existen en una comunidad revisten características culturales particulares, que deben considerarse al momento de abordar el proceso salud/enfermedad/atención”. (Oyarce, 2006: 9)⁵.

Debemos asumir que el sistema oficial de salud coexiste con diversidad de sistemas médicos y saberes en salud, así como de identificación, tipificación y abordaje de patologías que los actuales sistemas de

información no incorporan o bien subregistran (Cuyul et al 2011). Para esto la invitación es a adaptar nuestras metodologías y técnicas para la visualización de situación de salud de los colectivos con participación de las personas, familias y demás *actores significativos* (Haro, op.cit) que permitan reconocer y comprender los procesos de salud/enfermedad/atención en su integralidad y diversidad, valorando por sobre todo lo que las comunidades poseen como recurso en salud, y no sólo como receptores de enfermedad.

Esto es posible desde la formación de los profesionales de la salud mediante la incorporación en el currículo de formación de asignaturas de antropología médica o enfoque intercultural, así como en los análisis e situación de salud incorporando el dominio intercultural en los estudios sobre la salud de las distintas poblaciones, incorporando los procesos protectores de una comunidad, por ejemplo, en la identificación de los recursos en salud. A nivel de atención de salud una simple pregunta como: ¿Por qué cree usted que se enfermó? o ¿Qué piensa del origen de su problema? abrirá un espectro mayor de diálogo en busca de resolución de problemas en salud que se tornará un aprendizaje mutuo para los equipos de salud.

La incorporación del enfoque sociocultural y de procesos protectores de salud es una oportunidad para la salud pública que permite abrir y enriquecer el campo de conocimientos de esta disciplina e incorporar una matriz de análisis que permita desandar y problematizar la relación de “otro” que poseen los servicios y equipos de salud con respecto a la idea de comunidad cristalizada y objeto de intervención. Es una oportunidad para el regreso de los sistemas de salud a la comunidad.

Bibliografía

Arrue, W; Kalinski, B. “De “la medica” y el terapeuta. La gestión intercultural de la salud en el sur de la provincia de Neuquén”, en *Bibliotecas Universitarias*, Buenos Aires: Centro Editor de América Latina S.A, 2001.

Breilh, J. *Epidemiología Crítica, Ciencia emancipadora e interculturalidad*, Buenos Aires: Lugar, 2003.

Caggiano S (2010) Del Altiplano al Río de la Plata: la migración aymara desde La Paz a Buenos Aires, Ps 47-138. En Torres P (Coord) (2010) *Niñez indígena en migración, Derechos en riesgo y tramas culturales* (2010). Quito: FLACSO, AECID, UNICEF, 2010.

Cazenabe, L. “La Medicalización de la Vida Cotidiana” En *Consecuencias*. Revista Digital de psicoanálisis, arte y pensamiento. Noviembre 2008, Nº2. Disponible en: <http://www.revconsecuencias.com.ar/ediciones/002/template.asp?arts/aplicaciones/cazenave.html> Ultima Consulta: 30/06/12.

Cuyul, A; Rovetto, M; Specogna M “Pueblos indígenas y sistemas de información en salud”: La variable étnica en seis provincias argentinas”. *Revista Argentina de Salud Pública* 2011; 2 (7) Pp 12-18 (Artículo). Disponible en <http://msal.gov.ar/rasp/rasp/articulos/volumen7/art-originales-pueblosindigenas.pdf> Ultima consulta: 30/06/12

Grimberg, M. "Teorías, propuestas y prácticas sociales. Problemas teóricos metodológicos en antropología y salud", en M. Alvarez y V. Barreda (comps.), *Cultura, salud y enfermedad. Temas en antropología médica*. Buenos Aires: Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano (Secretaría de Cultura, Ministerio de Cultura y Educación), 1995.

Haro, A. Ejes de discusión en la propuesta de una epidemiología sociocultural. En Haro A. (Coord) Epidemiología sociocultural, un diálogo en torno a sus sentidos, métodos y alcances. Buenos Aires: Lugar 2011

Instituto Interamericano de Derechos Humanos (IIDH) Campaña educativa sobre Derechos Humanos y Derechos Indígenas. Salud Indígena y Derechos Humanos. *Manual de Contenidos*, San José, OPS.

Oyarce, A Elementos para un diagnóstico epidemiológico con enfoque sociocultural. Guía básica para equipos de salud. Santiago de Chile: MINSAL, 2006.

Menéndez, E “Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria”, *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*, pp 451- 464. Buenos Aires, 1998.

Menéndez, E. La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencia y racismo. Barcelona: Ediciones Bellaterra, 2002.

Notas

¹ Lic. en Trabajo Social en la Universidad de la Frontera (UFRO) Chile y Magíster en Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires (UBA) Argentina. Se desempeña como consultor, investigador y docente en el campo del desarrollo y la salud de los pueblos indígenas desde organizaciones indígenas y la cooperación internacional desde el año 2002 en Chile y Argentina. Actualmente se desempeña como consultor en UNICEF Argentina y como investigador de Instituto de Investigaciones en Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires.

² *Pitrantu* es un término mapuche que se refiere al plural del árbol denominado pitra, que crece en territorio mapuche (sur de Argentina y Chile) y hace relación no sólo a existencia de ésta especie, sino a otras especies nativas y herbolarias que se conciben como recurso terapéutico natural; mientras que *menoko* se refiere a espacio donde confluyen elementos de la naturaleza como hierbas medicinales, agua y especies animales, similar a una pantano, espacio que reúne fuerzas en equilibrio/desequilibrio del territorio.

³ La cosmovisión se refiere a “la forma de ver y concebir el mundo (cosmos) en el que viven los seres humanos. Es la visión o ideología que se forman ciertas culturas, asociada a sus creencias míticas y espirituales para explicar el mundo y las relaciones que lo sustentan” (IIDH, 2006:20)

⁴ Aquí me refiero a relaciones horizontales que reconocen las relaciones de poder existentes en un espacio social determinado promoviendo relaciones más democráticas e inclusivas. Esto vale para diálogo entre culturas, sea cuales fuere su origen.

⁵ En América Latina estos modelos de salud intercultural se suscitan en el marco de los procesos de reforma del sector salud que constituyen una oportunidad para el diálogo, la reflexión y el análisis de las características y necesidades de los pueblos indígenas. (IIDH, “Campaña educativa sobre Derechos Humanos y Derechos Indígenas. Salud Indígena y Derechos Humanos”, *Manual de Contenidos*, San José, OPS. Pp.182.)