

Factores asociados con el proceso de salud y enfermedad en San Antonio (Catamarca, Argentina): un enfoque antropológico

Factors associated with the health system and disease in San Antonio (Catamarca, Argentina): an anthropological approach

Bárbara Martínez¹

Resumen

Objetivo: Identificar los procesos de salud y enfermedad entre los pobladores de El Cajón (Catamarca, Argentina) y su vinculación con la biomedicina. Asimismo, estudiar las articulaciones entre la biomedicina y el sistema de salud tradicional.

Materiales y métodos: Investigación cualitativa, mediante un abordaje etnográfico en el que la observación participante, la coresidencia y las entrevistas abiertas de sesiones múltiples cumplen un rol primordial. La pesquisa se ha centrado en los pobladores locales que regularmente asisten a la posta sanitaria, los enfermeros, los agentes sanitarios y los miembros del equipo de salud itinerante. La población total del lugar es aproximadamente 235 habitantes.

Resultados: Se ha constatado que los procesos de salud y enfermedad no se limitan al cuerpo humano, sino que también en ellos intervienen el paisaje y los seres que lo pueblan. Se ha identificado que en la resolución de numerosas patologías resulta central la figura del especialista ritual. Se ha determinado que la gente valora y utiliza la biomedicina, aunque la asistencia a la institución hospitalaria suele ser rehuída.

Conclusiones: Se ha identificado un uso combinado de ambos sistemas. En él influyen las valoraciones de las personas sobre la enfermedad de que se trate, pero también otros factores como la distancia hasta el centro asistencial y las relaciones interpersonales con los profesionales de la salud. Se resalta la relevancia del enfoque cualitativo para dar cuenta de las especificidades de las categorías locales, que resultan esquivas para un abordaje construido a partir de conceptos derivados del dualismo cartesiano.

Palabras clave: investigación cualitativa, medicina tradicional, antropología cultural, relaciones médico paciente, negativa del paciente al tratamiento.

Fecha de recepción: 22 de agosto de 2016
Fecha de aceptación: 2 de octubre de 2016

¹ Universidad de Buenos Aires. (Argentina).

Correspondencia: Bárbara Martínez. Universidad de Buenos Aires. Puan 480 (1406), Buenos Aires (Argentina). Teléfono: (54) 11-20747034 barbarabmartinez@yahoo.com.ar, bmartinez@filo.uba.ar

Abstract

Objective: Identify the processes of health and disease among the people of San Antonio del El Cajón (Catamarca, Argentina), and the linkage of these dynamics to biomedicine. Additionally, study the articulations between the two systems.

Materials and methods: Qualitative research, with an ethnographic approach in which participant observation, co-residence and multiple session open interviews play a primary role is privileged. The research has focused on local people who regularly attend the health center, nurses, health workers and members of the itinerant health team. The total population of the place is about 235 inhabitants.

Results: It was found that the processes of health, disease and cure are not limited to the human body, but also the landscape and the creatures that inhabit it are involved. It has been identified that the figure of the ritual specialist is central in the resolution of many diseases. It has been determined that people value and use biomedicine, although attendance to the hospital institution is often shunned.

Conclusion: A combined use of both systems has been identified. People's valuations about the disease in question are influential, but other factors such as distance to the medical center and interpersonal relationships with health professionals are too. The relevance of a qualitative approach is emphasized in accounting for the specificities of local categories, which are elusive to an approach built from concepts derived from the Cartesian dualism.

Key-words: qualitative research, traditional medicine, anthropology cultural, physician patient relations, treatment refusal.

INTRODUCCIÓN

En San Antonio, Valle del Cajón (Catamarca, Argentina), las nociones sobre la salud y la enfermedad poseen elementos prehispánicos redefinidos según el cambiante contexto histórico-social, el proceso de evangelización y el acceso a la biomedicina (1).

En las sociedades andinas, seres como los santos y los muertos, entre otros, en sus articulaciones con el catolicismo conforman un sistema simbólico distintivo (2). Sin embargo, el área geográfica andina constituye un universo ecológico y sociológico con grandes diferenciaciones en su interior.

Los procesos políticos, económicos y sociales derivados de la evangelización, la transición de la Colonia a la República, la formación de los estados-nación y las políticas gubernamentales llevadas a cabo desde el siglo XIX

han conducido a las distintas sociedades a reaccionar de manera variada. Como respuesta, las poblaciones han elaborado múltiples horizontes de sentido en torno al proceso de salud y enfermedad, otorgándole caracteres específicos a cada área (3).

En cuanto a la región estudiada (gráfico 1), desde fines del siglo XIX esta se insertó en un proceso de proletarización que implicó traslados masivos de la población (4).

San Antonio, que tiene cerca de 235 habitantes, se encuentra a aproximadamente 120 km de Santa María, capital administrativa, política y eclesiástica del área. El lugar se caracteriza por un relativo aislamiento geográfico. Esto se debe a que en los meses de verano, durante la estación de lluvias, el camino que une a San Antonio con la ciudad suele interrumpirse por la crecida de los ríos, dejando a las poblaciones virtualmente incomunicadas.

No posee energía eléctrica ni sistema de cloacas. Una cisterna filtra el agua para consumo humano. En este contexto tienen lugar procesos de reinención cultural en los que las nociones sobre la salud, la enfermedad y la muerte enlazan con las reelaboraciones de la experiencia histórica acerca del desigual acceso a los recursos (5).

Esta investigación se propone identificar los procesos de salud y enfermedad entre los pobladores de San Antonio del Cajón y sus articulaciones con la biomedicina. Así mismo, las vinculaciones entre el modelo de medicina local y la biomedicina. Por ello, esta pesquisa se nutre de los aportes de los estudios etnográficos sobre las sociedades geográficas andinas, combinándolos con las indagaciones que se ocuparon del análisis de la acción ritual y de los procesos de salud, enfermedad y muerte.

La antropología médica crítica (A.M.C.) resulta una herramienta teórica central en esta pesquisa. Este enfoque plantea que los saberes relativos a la salud, la enfermedad y el cuerpo son construcciones sociales sujetas a la dinámica cultural, que se hallan circunscritas a un tiempo y un espacio específicos. Además, subraya las relaciones entre la enfermedad, el medioambiente y la organización social. Se interesa en la perspectiva biomédica con objeto de profundizar en un diálogo superador de las posibles relaciones asimétricas entre este modelo y los sistemas terapéuticos no occidentales. A la par, la A.M.C. promueve la instauración de un modelo de salud intercultural (6). Estos lineamientos la tornan una herramienta teórica central para profundizar en los alcances y articulaciones entre ambos modelos de medicina, que constituyen el objeto central de esta indagación.

Por otra parte, interesa resaltar que el interés prioritario de esta pesquisa no es estudiar el conocimiento local sobre las recetas medici-

nales o la botánica terapéutica, aunque se recurrió a las especificidades de los rituales cuando la argumentación lo requiera.

En sentido general, se espera que este artículo contribuya a sentar las bases para la comprensión de las lógicas nativas sobre la enfermedad y el acceso a la salud, promoviendo un diálogo entre modelos de medicina que traspase la casuística local.

MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación es de corte cualitativo. El trabajo de campo comenzó en 2004 y continúa hasta la actualidad. Se privilegió el abordaje etnográfico, en el que la observación participante, la coresidencia y las entrevistas abiertas de sesiones múltiples cumplen un rol fundamental.

La observación participante se centró en el registro de los eventos rituales, la atención en la posta sanitaria y la intervención de los pobladores en las jornadas de atención del equipo médico itinerante.

La indagación se focalizó en las personas que regularmente asisten a la posta sanitaria, en los enfermeros y agentes sanitarios locales, y en los miembros del equipo de salud que arriba desde Santa María, utilizando como categoría de análisis central el uso de la biomedicina y de la medicina local. Para ello se efectuaron un promedio de 40 entrevistas por año, de tipo abierto.

La investigación se planteó en etapas sucesivas. En la primera se realizó un acercamiento al sistema socio-religioso local. En una segunda etapa se abordó la acción ritual. Finalmente, se articularon analíticamente los primeros resultados, con el abordaje de los procesos de salud, enfermedad y atención

de patologías, tanto en el sistema biomédico como en el local.

En lo referido al método cualitativo, conviene puntualizar que las entrevistas, definidas en sentido amplio como modos de recolección de información en una situación cara a cara (desde interacciones de “final abierto” hasta instrumentos formales como censos), no se encuentran exentas de dificultades metodológicas, cualquiera sea la investigación que se emprenda. Esto es así porque las diferentes sociedades pueden poseer distintos repertorios de eventos metacomunicativos para transmitir su conocimiento, que no siempre incluyen a la entrevista como evento de habla. Por ejemplo, entre las personas que habitan en el Valle de El Cajón, las indagaciones excesivas o las preguntas directas son consideradas descorteses y groseras. Más aun, con frecuencia la gente transmite información importante luego de una lenta retórica circular y de pausas extendidas en el diálogo, en una interacción comunicativa que puede durar varias jornadas. Soslayar estas particularidades constituye una ingenuidad metodológica que puede influir en el resultado de la pesquisa. Por ello, en esta indagación se ha adoptado un enfoque que complementa la interacción discursiva con la observación participante durante períodos prolongados. Así, los resultados que aquí se exponen provienen de eventos de habla, pero también de la intervención en distintos eventos del calendario ritual, en prácticas cotidianas como el pastoreo, y en instancias de encuentro entre la gente local y los profesionales de la salud de Santa María, por citar algunos ejemplos.

Finalmente, esta investigación respeta los principios éticos enmarcados en la Declaración de Helsinki (2013). Haciendo uso del Consentimiento Libre Informado, la totalidad de los interlocutores aceptó libremente

participar de la pesquisa, siendo orientados en sus objetivos, avances, resultados y demás aspectos pertinentes. Con el propósito de preservar el anonimato, sus nombres han sido modificados.

RESULTADOS

Un primer abordaje, relacionado con el universo socioreligioso local, evidenció que los procesos de salud y enfermedad no se circunscriben al cuerpo humano. En El Cajón, la naturaleza se encuentra estrechamente ligada a las personas. El dualismo moderno que distribuye humanos y no humanos en marcos ontológicos independientes y autónomos no describe las complejas relaciones entre los hombres, los animales, las plantas (7) y el paisaje. En este sentido, la gente se encuentra articulada por vínculos de reciprocidad con el espacio y los seres que lo habitan. Así, por ejemplo, existe un lazo afectivo estrecho con los animales que cuidan durante sus tareas de pastoreo, pues se les considera partícipes no humanos de la estructura familiar (8).

En sucesivas etapas, la indagación sobre las patologías que la gente presentaba mostró una visión integral del cuerpo y la persona, en la que la enfermedad es definida en términos de un desequilibrio con el ambiente, la sociedad, la psiquis y los seres que pueblan el mundo (9). De este modo, la salud es una cuestión compleja en la que intervienen múltiples variables.

La muerte, por su parte, tampoco se restringe a un evento biológico único, pues comienza con sucesos anticipatorios (evidenciados en el comportamiento de algunos animales, como el carancho) y culmina luego de que el alma del fallecido ha realizado una compleja travesía *post mortem* (10).

En esta línea, la investigación de campo evidencia que las personas consideran la eficacia de la biomedicina para el tratamiento de un gran número de patologías, y la utilizan complementariamente con los procesos de cura local, de acuerdo con las competencias que en su interpretación posea cada una. Por ejemplo, la quebradura de un hueso demanda la atención en la posta sanitaria.

Si usted se ha quebrado, ahí tiene, nomás tiene que ir para la posta. Mi hermano ha sido que una vez se ha quebrado. Le han acomodado, pero después ya ha tenido que bajar a Santa María [para] que le pongan yeso. Se ha compuesto bien, pero hay veces que le duele su brazo todavía. (José, San Antonio, 2009).

En cambio, algunas enfermedades, como las de tipo respiratorio, suelen comenzar siendo tratadas con el ámbito doméstico, mediante prácticas de autoatención. Si la patología persiste, se requieren los servicios del enfermero (o del médico, si ocasionalmente se encuentra en el pueblo).

Con tos he empezado. Me he preparado un té..., y ahí nomás a ver las cabras. ¿¡Para qué!? A la noche peor, peor. Con fiebre estaba; a la mañana ya no me podía levantar. Ya he llamado al agente sanitario; a los días me he compuesto. Gripe ha de ser que tenía. (Jesusa, San Antonio, 2007).

Sin embargo, existe otra serie de enfermedades que, según el criterio de los pacientes, no pueden ser abordadas desde la biomedicina. Es, por ejemplo, el caso del susto, que implica la pérdida temporal del alma. Este puede contraerse, entre otras causas, cuando la persona sufre un accidente, cae repentinamente a una corriente de agua, o se encuentra con el ser denominado “condenado”, que en la exégesis local es un fallecido que durante su vida ha cometido una falta grave a la moral y se

encuentra forzado a vagar por los cerros. Durante la enfermedad, el alma temporalmente queda bajo la esfera del *maligno*, ser asociado a la figura cristiana del demonio:

El susto es cuando uno no anda bien, anda como mareado, como si no fuese uno. Eso, el curandero le hace el llamado y ya ahí vuelve el espíritu a su cuerpo. (Ricardo [especialista ritual], San Antonio, 2007).

Su tratamiento, sin embargo, solo puede ser llevado a cabo por un especialista ritual, quien durante la medianoche, en el sitio donde ha ocurrido la pérdida del alma, reclama a viva voz por su retorno, recomponiendo al enfermo a su estado anterior.

La persona que realiza estas prácticas resulta central en el modelo de medicina local. Durante la pesquisa se ha verificado que su iniciación suele deberse a un deseo personal, a pautas de aprendizaje heredadas en el contexto familiar, o a causa de un trágico accidente que en su caso no le provoca la muerte, sino que le provee de un marco de eficacia ritual que lo distingue de las demás personas: ser víctima de la caída de un rayo. Se observa también que su saber no está dado de una vez, sino que implica una larga memorización de especificidades ontológicas y cosmológicas incorporadas a través de un aprendizaje por etapas. También ocasionalmente se ha identificado una utilización de la medicina occidental entre los especialistas rituales que tienen conocimiento sobre ella (11).

En cuanto a la biomedicina, en San Antonio un enfermero, a cargo de la posta sanitaria local, y un agente sanitario, que realiza visitas a los puestos en los cerros con el objetivo de evaluar el estado de salud de los pacientes, constituyen los grupos de atención del poblado. Ellos son los encargados de la vigilancia y promoción

de la salud a nivel local. A la par, un equipo integrado por un médico y un enfermero, que forman parte de la estructura del Hospital de Santa María, realizan rondas de salud visitando dos poblaciones a la vez, de acuerdo con el siguiente esquema: Paloma Yaco-Agua Amarilla, La Quebrada-Famabalasto, La Hoyada-Toro Yaco y San Antonio-Ovejería. Dependiendo de la patología y su grado de avance, estos profesionales pueden solicitar que el enfermo se traslade al hospital. Sin embargo, las personas suelen rechazar la asistencia a esa institución. La atención impersonal, y los altos costos que el viaje y la manutención en la ciudad acarrearán para la unidad doméstica, constituyen los principales argumentos esgrimidos.

Por otra parte, estudios anteriores han mostrado un modelo paternalista de atención, descalificación e indiferencia del entorno del enfermo, condiciones favorecedoras de la medicalización y un desconocimiento de que la cura en el contexto local no es un acto sino un proceso (12).

Por ello, la gente prefiere agotar las posibilidades de atención a nivel del poblado con el agente sanitario y el enfermero. Ambos empleos se encuentran a cargo de personas oriundas del lugar, que han compartido su trayectoria de vida, a los que se encuentran unidos por relaciones familiares, de amistad o compadrazgo. También los liga un conocimiento sobre las articulaciones entre los procesos de salud y enfermedad, el medio ambiente y los seres que pueblan el mundo. Según menciona la gente, ellos brindan un trato personalizado, pues conocen al paciente y a su familia, constituyéndose en mediadores sociales con el sistema biomédico.

En este sentido, y para sintetizar, esta investigación identifica la existencia de patologías abordadas desde la biomedicina, así como

otras que requieren de la labor de un especialista ritual local. También en ocasiones, como mencionamos, el paciente aborda la patología mediante prácticas de autoatención. La gente local valora y utiliza ambos sistemas. Sin embargo, la atención hospitalaria suele rehuirse, debido a factores como la distancia geográfica, los altos costos económicos que demanda el traslado y el trato impersonal recibido en la institución.

DISCUSIÓN

Se ha registrado que el modelo de medicina local involucra no solo al cuerpo humano sino también al paisaje y los seres que lo habitan, lo cual ilustra las dificultades para ahondar en ciertas patologías, como el susto, a través de nociones como cuerpo/mente o material/inmaterial, derivadas del dualismo cartesiano. Este aspecto obliga a considerar la importancia de la formación de los médicos zonales en aspectos elementales del universo socioreligioso local, o al menos la relevancia de la realización de un programa de salud intercultural, con participación de expertos locales, como los especialistas rituales. Estos proyectos se encuentran en curso en distintos contextos, como lo señalan diversas pesquisas (13).

Por otra parte, en estudios sobre salud en el noroeste argentino, como los realizados por Drovetta (14), se ha evidenciado una coexistencia entre la biomedicina y el modelo alternativo local. Esos resultados se asemejan a los reportados en este trabajo.

En San Antonio, en la práctica las personas parecen utilizar uno u otro sistema de medicina dependiendo de la patología. También en ese proceso de toma de decisiones influyen las relaciones interpersonales con los agentes de salud y la accesibilidad a la biomedicina.

Se puntualiza que desde el punto de vista de los pacientes, estos rehúyen la atención hospitalaria debido a los altos costos, en relación con el viaje y manutención, que esta implica. También, sostienen, en virtud de que los médicos que allí trabajan lo hacen bajo un modo paternalista, mediante relaciones impersonales.

CONCLUSIONES

Se expone la relevancia del enfoque cualitativo para la comprensión de los procesos de salud y enfermedad, debido a la atención que esta presta a las especificidades culturales.

El trabajo de campo prolongado también permite comprender las dinámicas que son difícilmente asequibles a través de herramientas metodológicas como las entrevistas en poblaciones donde éstas no son habituales como eventos de habla.

A lo largo de la pesquisa se han identificado los supuestos intersubjetivos que rigen el universo simbólico local, y que intervienen en las conceptualizaciones sobre el proceso de salud y enfermedad. Este estudio muestra que estas especificidades resultan esquivas para un modelo de corte biologicista, vinculado al dualismo cartesiano.

Asimismo, se ha identificado una serie de factores que afectan a la población, como su relativo aislamiento y su distancia geográfica con Santa María, ciudad capital del área. El acceso a la biomedicina se encuentra fuertemente condicionado por estas dificultades.

Además, este estudio ha revisado las interconexiones entre los dos modelos de medicina, poniendo especial atención a los factores que rigen en las interconexiones, con miras

a superar la casuística. Con ello se espera contribuir a la comprensión de casos por fuera de los ámbitos regional y nacional en los que operen principios similares.

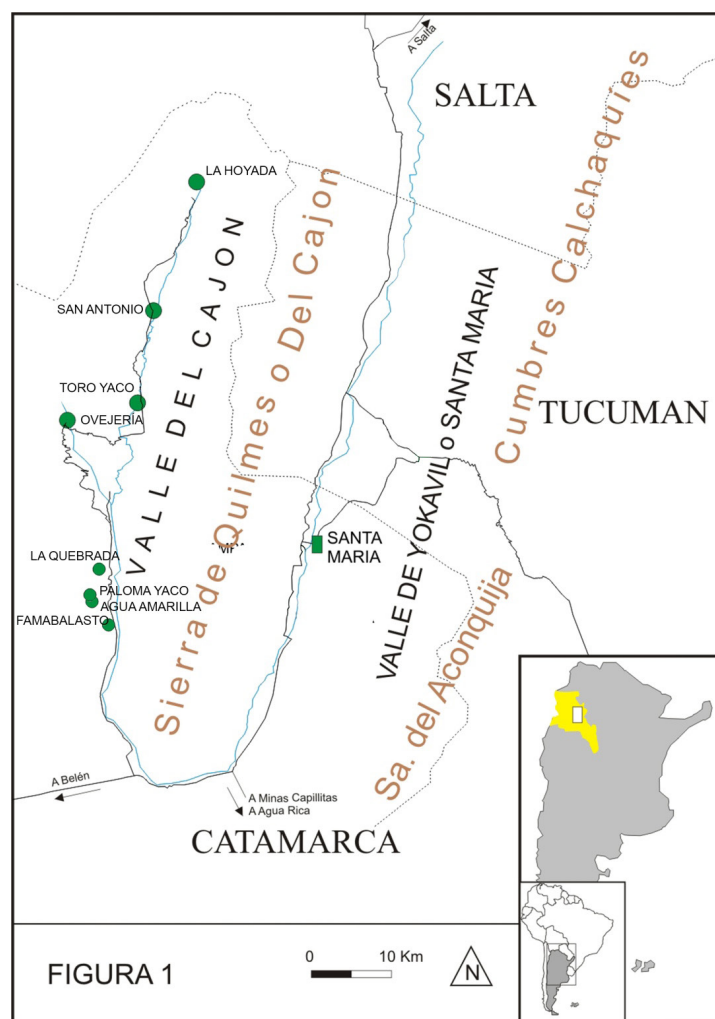
Conflicto de intereses: ninguno.

Financiación: Esta investigación ha sido financiada por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, la Universidad de Buenos Aires a través de los proyectos U.B.A.C.yT. F.009, F. 150 y 20020100100755, y la Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica a través del proyecto 2011-1907.

REFERENCIAS

1. Kleinman A, Psordas T. The therapeutic process. En: Sargent C, Johnson T, comp. *Medical anthropology: contemporary theory and method*. Westport: Praeger Publishers; 1996. p. 3-21.
2. Abercrombie T. *Caminos de la memoria y el poder. Etnografía e historia en una comunidad andina*. La Paz: IFEA/IEB/ASDI; 2006.
3. Fernández-Juárez G. El mundo «abierto»: agosto y Semana Santa en las celebraciones rituales aymaras. *Revista Española de Antropología Americana* 1996; 26: 205-229.
4. Rutledge I. *Cambio agrario e integración. El desarrollo del capitalismo en Jujuy: 1550-1960*. Serie Antropología Social e historia, vol. 1. Tucumán: ECIRA-CICSO; 1987.
5. Martínez B. Sistema biomédico y medicina “tradicional” en El Cajón, Catamarca, noroeste Argentino. En: AA.VV. *Pobreza, desigualdad y salud en América Latina*. Buenos Aires: Ediciones Clacso; 2013. p. 211- 226.
6. Chamorro A, Tocornal C. Prácticas de salud en las comunidades del Salar de Atacama: Hacia una etnografía médica contemporánea. *Estudios Atacameños* 2005 30; 117-134.
7. Descola P. Estrutura ou sentimento: a relação com o animal na Amazônia. *Mana* 1998 4; (1): 23-45.
8. Göbel B. La arquitectura del pastoreo: Uso del espacio y sistema de asentamientos en

- la Puna de Atacama (Susques). *Estudios Atacameños* 2002; 23: 53-76.
9. Chamorro A, Tocornal C. Prácticas de salud en las comunidades del Salar de Atacama: Hacia una etnografía médica contemporánea. *Estudios Atacameños* 2005; 30: 117-134.
 10. Martínez B. La muerte como proceso: una perspectiva antropológica. *Cien Saude Colet* 2013; (9): 2681-2689.
 11. Menéndez E. Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. En: Campos R., comp. *La Antropología médica en México*. México: Instituto Mora-Universidad Autónoma de México; 1992. p. 97-114.
 12. Martínez B. Ríos de agua, ríos de leche y ríos de sangre. Travesías cosmológicas del alma cajonista. Tesis doctoral en Antropología. FFyL. (U.B.A.), 2011.
 13. Abad-González L. La experiencia de un programa de salud de atención primaria en Comunidades Aguarunas de la selva amazónica en Perú. En: Fernández Juárez, coord. *Salud e interculturalidad en América Latina*. Quito: ABYA-YALA, BOLHISPANA, Universidad de Castilla-La Mancha; 2004. p. 75-92.
 14. Drovetta R. Biomedicina y políticas de salud reproductiva en un contexto rural indígena de la puna jujeña, Argentina. *Barbarói* 2009; 31: 139-154.



Mapa del área. Autor: Joaquín Izaguirre