

SALUD Y ENFERMEDAD EN UN CONTEXTO DE INTERCULTURALIDAD

JANIS TATIANA RESTREPO DUQUE

Recibido: 13 de marzo de 2008

Aprobado: 21 de mayo de 2008

RESUMEN

El artículo hace parte de los resultados del proyecto de investigación titulado “Etnodesarrollo y Jaibanismo en el resguardo Embera Chamí Dachi Drua Mode del municipio de Ansermanuevo (Valle del Cauca)”, efectuado por 3 estudiantes del semillero de investigación en cultura y drogas, y del cual surgen sus respectivos trabajos de grado. El trabajo que se presenta son resultados de una investigación antropológica aplicada, que tiene la pretensión de explorar y enunciar las diferentes relaciones que se dan en torno a las concepciones de salud y enfermedad en un contexto intercultural de medicinas tradicionales, específicamente de tradición Embera Chamí, con respecto a la medicina alopática occidental, representada por el Hospital Santa Ana de los Caballeros (HOSAC), entidad encargada de atender la salud de los habitantes del municipio.

Palabras clave: cuerpo, salud, enfermedad, medicina, institución, cultura.

* Antropóloga, Universidad de Caldas, Colombia. Coordinadora semillero Visionari@s Cultura y Droga 2006-2008.
Correo electrónico: culdrog@yahoo.es

HEALTH AND DISEASE IN AN INTERCULTURAL CONTEXT

ABSTRACT

This article is part of the results of the research project entitled “Ethnodevelopment and Jaibanismo (a form of shamanism) in the Embera Chamí Drua Dachi Mode indigenous reservation located in the Ansermanuevo municipality (Valle del Cauca), carried out by 3 students, participants of the Culture and Drugs Research group, and which gave birth to their respective undergraduate dissertations. The present work is made up of the results of an applied anthropological research, aiming to explore and articulate the various relationships that exist around the conceptions of health and disease in an intercultural context of traditional medicines, particularly traditional Embera Chamí medicine, regarding western allopathic medicine, represented by the Hospital Santa Ana de los Caballeros (HOSAC), entity responsible for the health of the inhabitants of the municipality.

Key words: body, health, disease, medicine, institution, culture.

INTRODUCCIÓN

Esta reseña es el resultado del proceso de investigación que surge en el marco de una convocatoria realizada por la Vicerrectoría de Investigaciones y Posgrados de la Universidad de Caldas en 2006 para el apoyo presupuestal a las mejores propuestas presentadas. La presente investigación es entonces el resultado indirecto del proyecto presentado a dicha convocatoria en tanto a partir de dicho proyecto se dieron como resultado los respectivos trabajos de grado de los 3 participantes del proceso investigativo. Así, esta reseña surge de los resultados de mi trabajo de grado titulado “De la medicina tradicional a la medicina alopática. Estudio de caso en una población Embera Chamí del municipio de Ansermanuevo, Valle del Cauca”, aprobado en octubre de 2008 y con el cual opté por el título de Antropóloga.

La investigación fue realizada en una comunidad indígena Embera Chamí, la cual tiene características propias y muy particulares de los procesos interculturales. Procesos que no son precisamente los más óptimos, pero sí los más problemáticos. Para el caso, la problemática para la prestación del servicio médico hospitalario a

dicha comunidad indígena es la razón de que la institución hospitalaria del municipio de Ansermanuevo asumiera la necesidad de conocer las dinámicas culturales de la comunidad Embera asentada desde una década atrás en el municipio. La reflexión es abordada entonces desde la particularidad que tiene dicha comunidad de ser un grupo migrante en un territorio no tradicional, por lo que creo, la deliberación debe hacerse en torno al tema del cuerpo, del habitar y de la relación que existe entre las diferentes concepciones sobre salud y enfermedad que se tienen tanto desde la comunidad como desde el hospital. Para ello la metodología de la investigación estuvo enmarcada en los aspectos cualitativos que nos permitieran la descripción del fenómeno de estudio a partir de la aplicación del método etnográfico.

El Hospital Santa Ana de los Caballeros (HOSAC) del municipio de Ansermanuevo en un camino de acercamiento interinstitucional (U. de C. - HOSAC), propicia la posibilidad de hacer investigación social, puesto que los abismos frente a la prestación del servicio médico hospitalario a los usuarios de la población indígena Embera Chamí del Resguardo Dachi Drua Mode (DDM: nuestra madre tierra) eran inmensamente amplios e incommunicados. La problemática abordada tiene entonces que ver con las percepciones, valoraciones y concepciones de lo tradicional y del Otro, un Otro idealizado y estigmatizado, en un mundo en constante movimiento. Movimiento que tiene que ver con el cuerpo, con el habitar, con el ser indígena, con el ser Jaibaná, o médico alópata y también con la institucionalidad.

La relevancia de la investigación a plantear, radica en la necesidad de observar los fenómenos de la salud y la enfermedad desde una óptica que ve más allá de los virus, las bacterias y los fenómenos netamente fisiológicos. Tal perspectiva busca poder entender o por lo menos observar el fenómeno en tanto fenómeno sociocultural, puesto que la realidad también se construye socialmente y las concepciones de la salud y la enfermedad igualmente son categorías construidas social y culturalmente. Por lo tanto, me parece conveniente tomar en cuenta la cultura como elemento central en los estudios en el campo de la salud pues esto implica “comprender la salud no solamente desde un punto de vista de equilibrios biológicos, sino como un sistema de valores, como ‘evento’ que la gente usa para interpretar sus relaciones con el orden social” (Suárez, 2001:21).

El enfoque teórico de la investigación, está relacionado con diferentes elementos tomados desde la antropología filosófica y la fenomenología, los cuales permiten

abordar el tema del cuerpo y las relaciones con el territorio y la institucionalidad, dado el marco intercultural en el que se presenta la problemática; y en tanto el acercamiento a las cuestiones sobre salud y enfermedad nos obligan a aproximarnos a preguntas y cuestionamientos por la existencia misma. Tal existencia no está limitada al mundo que el paradigma moderno ha intentado construir para las sociedades occidentales; por el contrario, está determinada por complejidades profundas. El cuestionamiento por la existencia nos ofrece la posibilidad de indagar por la enfermedad, la salud, la vida y la muerte, hecho inherente a la existencia y ligado profundamente a las “culturas médicas” (Ibíd.: 27) que existen en las diferentes sociedades humanas.

Por otra parte, dado que este fue un proceso de aproximación exploratoria a una compleja problemática, se encuentra que los procesos de solución anteriores, fueron de tipo asistencialista y sin resultados relevantes, por lo cual, el HOSAC toma una posición diferente en el momento de adelantar la investigación por parte de los estudiantes del semillero puesto que asume la imposibilidad de una intervención efectiva sin conocer las particularidades socioculturales del grupo con respecto a las concepciones que sobre la salud y la enfermedad tiene la comunidad.

Cabe precisar que la relevancia de la investigación en el marco del semillero en cultura y drogas, tiene que ver con la relación funcional que adquieren las drogas¹ en las diferentes situaciones de la vida cotidiana. Para el caso aquí planteado, dicha relación se da en términos del conocimiento botánico tradicional que tiene como finalidad la prevención y el tratamiento de la enfermedad. Lastimosamente no se pudo llevar a cabo el trabajo de exploración botánica previsto, dada la desconfianza de los jaibanás y curanderos con respecto al uso de la información sobre plantas medicinales y rituales. Desconfianza que se explica a partir de los diferentes casos de piratería ecológica del que han sido víctimas las comunidades indígenas.

Sin embargo, sí se pudieron hacer algunas observaciones con respecto al uso de drogas en el resguardo. Tales usos tienen que ver con dos finalidades: 1) El uso medicinal de diferentes plantas tales como el Cordoncillo o Santamaría (*Piper auritum* Kunth), que se usa para la picadura de animales venenosos y para la lactancia materna; igualmente es destacado el uso de alcoholes (generalmente destilados de la Caña –*Saccharum officinarum*– que los Embera denominan Viche) en las ceremonias

¹ El término droga definido en su acepción más genérica y acoplado por el colectivo de investigación en cultura y drogas: Cualquier sustancia orgánicamente activa.

de sanación efectuadas por el jaibaná; al respecto, también es muy vistoso el uso ritual de la hoja de Platanilla (*Calathea lutea*) y del Tabaco procesado en cigarrillo (*Nicotina tabacum*) indispensables para el ritual de sanación. 2) El uso recreativo de sustancias como “la vitamina”, denominación que los hombres de la comunidad hacen de la *Cannabis sativa*, usada no sólo como elemento de esparcimiento y encuentro masculino sino también como elemento imprescindible para el trabajo y el jornaleo; también, se observa el uso del “chirrinchi” o vichesito, aunque no necesariamente pues si faltase el Viche hacen uso de otro tipo de alcoholes como el alcohol antiséptico.

Finalmente, lo que se presenta entonces a continuación es el marco metodológico de la investigación y el esbozo de los resultados, seguido de un análisis en torno a las dinámicas de la alteridad que allí se están dando, relacionándolas con el cuerpo. Igualmente, se presenta una reflexión en torno a la institucionalidad de las prácticas médicas y algunas conclusiones preliminares.

METODOLOGÍA Y RESULTADOS

La metodología de la investigación estuvo basada en los aspectos cualitativos que alimentarían las descripciones hechas a partir de la aplicación del método etnográfico, aunque sin dejar de lado algunos elementos cuantitativos para no excluir información tomada de datos pertinentes en la exploración de este fenómeno intercultural. Para ello, se aplicaron 154 encuestas en las áreas aledañas al resguardo DDM, y se hicieron mapas cognitivos con los niños del resguardo. Igualmente, se hicieron talleres de socialización sobre la historia de las comunidades Embera Chamí, con los niños y jóvenes campesinos del colegio aledaño al resguardo, y con campesinos de la zona por mediación del Comité de Cafeteros.

Dichas encuestas contenían preguntas relacionadas con el resguardo y sus pobladores, tales como: ¿qué significado tienen para usted las palabras brujo, hechicero, chamán o jaibaná?, ¿conoce la palabra cabildo?, ¿conoce a los indígenas del resguardo DDM?, ¿qué sabe de la medicina tradicional en el resguardo?, ¿conoce algo sobre medicinas tradicionales?, ¿la pone en práctica? Estas son algunas preguntas de la encuesta que tenía 27 interrogaciones a partir de las cuales se pudo extraer información necesaria para la interpretación de la problemática intercultural aquí abordada.

Los resultados de las encuestas fueron los esperados, puesto que el desconocimiento sobre esta población era amplio. Así pues, a la pregunta sobre el significado de jaibaná, el 65% dijo no saber o no respondió, y el 35% respondía por intuición siendo que el 6% de los que contestaron atinaron a asociarlo con un médico tradicional. Éste es un ejemplo del tipo de respuestas que se encontraron, siendo que en la mayoría de los casos los encuestados no sabían o no respondían, lo que refleja un alto nivel de desconocimiento e intolerancia para con este grupo indígena.

Con respecto a los mapas cognitivos hechos a partir de la petición de dibujar el resguardo, los niños y jóvenes de la comunidad elaboraron mapas de su territorio en donde se observa:

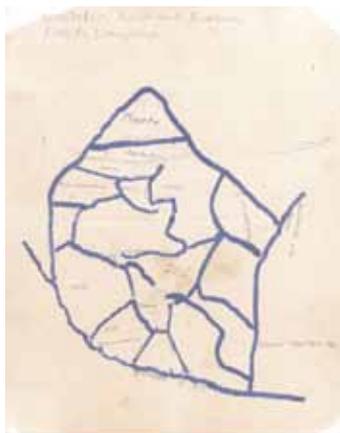


Figura 1. Resguardo DDM. Autor: Hermógenes González.

- Límites naturales como las quebradas Santa Elena y Las Palomas, y “el monte” o nacimiento del agua.
- Límites construidos como la carretera, los caminos de acceso a las parcelas y a las viviendas, el corral de las gallinas y la malla que encierra al trapiche. Además, las parcelas, los tajos, los lotes –bien sea comunitarios o familiares–.
- Elementos infraestructurales como la escuela, algunas viviendas y el trapiche.

Tomando este mapa como ejemplo, se observan las construcciones que sobre el territorio han hecho estas familias en el proceso de conversión de la finca en resguardo. Proceso que no ha sido fácil y que tiene que ver no sólo con la organización social del resguardo en sí mismo, sino también con todo el aparato institucional que allí interviene.

Con respecto al tema de las plantas medicinales, se tenía previsto hacer una clasificación botánica (por medio de un herbario), que permitiera hacer una reflexión en torno al tema de la eficacia simbólica y la efectividad orgánica de los principios activos (drogas) de las plantas utilizadas por la comunidad. Esta estrategia no pudo ser llevada a cabo ante las negativas de la comunidad para la elaboración de dicho herbario.

SOBRE LAS DINÁMICAS DE LA ALTERIDAD²

Este estudio nos ofrece la posibilidad de observar las dinámicas de la alteridad en tanto se ubica en un contexto sociocultural de contactos interculturales donde cohabitan dos sociedades tradicionales, una de las cuales ha habitado el territorio tradicionalmente (los campesinos mestizos de la zona ubicados allí desde que tienen memoria); y la otra, comprende una comunidad desplazada que ahora ocupa un espacio no tradicional (los indígenas del resguardo), dentro del cual se van configurando dinámicas influenciadas por las prácticas campesinas en las cuales han terminado involucrados los indígenas en Colombia³. En particular, el Resguardo DDM contiene un grupo social complejo originado por discontinuidades históricas derivadas de la migración, la dispersión y la relación con el mundo rural mestizo. En consecuencia, la construcción social del espacio territorial está influenciada por construcciones hechas desde lo rural (en tanto campesino), aunque se evidencian manejos devenidos de prácticas tradicionales como *la chagra*, en donde se mantienen plantas de uso ceremonial, alimenticio y medicinal. Esto podría ser un eco del uso tradicional del territorio, pero también evidencia procesos de transformación cultural implícitos en las dinámicas de interculturalidad que vive la comunidad.

² Tomado del trabajo de grado de Janis Tatiana Restrepo Duque para optar por el título de Antropóloga: “De la medicina tradicional a la medicina alopática, estudio de caso en una sociedad Embera Chamí en el centro-occidente colombiano”.

³ El concepto de ciudadanía expresado por la Constitución Política de 1886 implica una homogenización conceptual de la población colombiana, puesto que se promulga el principio de igualdad de todos los connacionales ante la ley, lo que llevó a la disolución de muchos resguardos y en consecuencia a la campesinización de muchos sectores indígenas.

Dichas dinámicas de interculturalidad van gestando procesos de crisis identitarias, siendo que la crisis de identidad es producto de un proceso de mestizaje mediado por la intolerancia a la diferencia, “pero esta misma intolerancia crea, inventa, estructura la alteridad, los nacionalismos, los regionalismos, los fundamentalismos...” (Augé, 1996: 11). La crisis de identidad es germen constante de alteridad en tanto me identifico desde la apreciación de la diferencia. La alteridad me permite entonces reconocermé desde mi diferencia con otro, el problema es que en ese proceso de diferenciación –que sólo el otro me permite– está incluido paradójicamente el peligro de someter al otro en tanto la identidad es convertida “indebidamente en algo sustancial”. Al respecto, Marc Augé (1996) identifica al Otro no sólo como el propiciador de sentido –en tanto diferente de otro Otro– sino también como portador del “sentido que elaboran los otros, individuos o colectividades”; así, el “sentido social” es definido por Augé como “el conjunto de relaciones simbólicas instituidas y vividas entre los unos y los otros en el seno de una colectividad que dicho sentido permite identificar como tal”. (Ibíd.: 12).

Así, la construcción individual del proceso de mismidad se configura en tanto existe una relación de alteridad que permite el reconocimiento del Sí mismo a partir de la diferenciación en el Otro; tal diferenciación está determinada por cosmovisiones y cosmogonías muy diferentes pero que finalmente coinciden en el uso de medicinas tradicionales arraigadas en el mundo mágico-religioso, sea cual sea el héroe mítico o la oposición (dualismo pensado también desde la unicidad del ser rural con su ecosistema) desde la que se ordena el mundo –salud/enfermedad, vida/muerte, magia/religión/ciencia/tecnología, mundo creado/mundo destruido, bueno/malo, arriba/abajo, adentro/afuera, sucio/limpio–, que tanto los campesinos como los indígenas comparten en formas particulares, diferenciadas y con fuertes manifestaciones rurales, lo que nos permite –entre otros factores– categorizar a ambos grupos como sociedades tradicionales.

Ahora bien, tradicionales no implica que sean sociedades congeladas en el tiempo o que se las vea como elementos estáticos en el devenir de la historia; de hecho, esas particularidades que están llenas de tradición son precisamente elementos “propios” y peculiares en mi encuentro con el otro, elementos que me permiten identificaciones desde las que me construyo a mí mismo y a los otros.

Desde esta perspectiva, se observa que esas dinámicas de la alteridad al estar basadas en la diferencia, pueden llegar a ser elementos de subyugación de unas sociedades a otras. Esa dominación –para el caso del paradigma occidental dominante– estaría basada en los valores que la sociedad occidental ha imputado a sus conocimientos, los cuales se han configurado en un contexto etnocéntrico, específicamente eurocéntrico, en el que dicha sociedad, bajo el argumento de llevar el progreso y el desarrollo a otras sociedades “menos desarrolladas”, ha logrado imponer los valores que orientan el despliegue de un conocimiento que proscribe, destierra y hasta sataniza todas aquellas formas de conocimiento que no pueden ser asimiladas y enajenadas por el paradigma dominante, como es el caso de algunas medicinas tradicionales.

Esos valores se dan como aquello que la moral occidental ha establecido como ideal o norma, como verdadero y digno de universalizarse. Sin embargo, las formas de conocimiento que se encuentran a lo largo y ancho de la diversidad humana, no siempre son susceptibles de ser asimiladas o enajenadas por el paradigma científico de Occidente; de hecho, la llegada y expansión del conocimiento construido en Occidente, ha sido generalmente violenta y arrasadora. Lo que se explica, si pensamos en el hecho de que la mejor manera de dominar y explotar a otros pueblos es desde el aplastamiento de sus sistemas culturales, desde el destierro de sus formas de conocer, desde la invalidación de sus explicaciones del mundo.

En este orden de ideas, vemos que la racionalidad emergida con el enciclopedismo del siglo XVII ha iluminado los procesos de “desarrollo” y “progreso” del viejo y nuevo mundo. Esos procesos han dado sus primeros pasos de la mano del desarrollo de la física, la biología, las ciencias exactas y el método científico en general, para lo cual han debido abrirse paso entre todas aquellas otras formas de explicación del mundo que tantas sociedades por dominar tenían como epicentro de su forma de existir.

De hecho, el conocimiento científico, mítico, empírico o tradicional, es conocimiento en tanto conforma un cuerpo o sistema de ideas, nociones, imágenes, representaciones y concepciones de la propia existencia. El conocimiento es un sistema de explicación del mundo, pues la conciencia de existir en un espacio-tiempo nos obliga a salir de la incertidumbre que el caos genera y a buscar un ordenamiento de la realidad.

Como lo afirma Lévi-Strauss en *El pensamiento salvaje*, “toda clasificación es superior al caos; y aun una clasificación al nivel de las propiedades sensibles es una etapa hacia un orden racional (...) pues la clasificación aunque sea heteróclita y arbitraria, salvaguarda la riqueza y la diversidad del inventario; al decidir que hay que tener en cuenta todo, facilita la constitución de una ‘memoria’...” (Lévi-Strauss, 1988: 33).

El punto es que no se trata de que los sistemas explicativos diferentes del occidental (en nuestro caso los indígenas y campesinos en torno a la salud y la enfermedad), sean elementos fabulados y fantásticos sin ningún referente real. Los mitos y los ritos, gracias a la facilitación de la construcción de una memoria, permiten que las sociedades mantengan “modos de observación y reflexión” congruentes con sus sistemas de vida, aquellos “... que autorizaba la naturaleza, a partir de la organización y de la explotación reflexiva del mundo sensible. Esta ciencia de lo concreto tenía que estar, por esencia, limitada a otros resultados que los prometidos a las ciencias exactas naturales, pero no fue menos científica, y sus resultados no fueron menos reales. Obtenidos diez mil años antes que los otros, siguen siendo el sustrato de nuestra civilización” (Ibíd.: 35).

Así, una de las posturas teóricas más interesantes en la antropología (y que podríamos asociar a los estudios sobre el placebo y la sugestión simbólica en el ritual), tiene que ver con los postulados sobre la “eficacia simbólica” que Claude Lévi-Strauss nos presenta en su obra *Antropología estructural* de 1949. En la cual, describe una práctica llevada a cabo por los indios Cuna de Panamá, un canto de ayuda para un difícil parto, el “*Mu-Igala o el camino de Muu*” y que en términos muy generales nos muestra que lo decisivo es la creencia en el relato mítico que tienen tanto la enferma como la sociedad a la que la enferma pertenece.

Lévi-Strauss también analiza el papel del chamán y lo compara con el ejercicio del psicoterapeuta; si bien encuentra símiles, lo más importante para el desarrollo de este trabajo, son las diferencias que deduce a partir de esa comparación. La diferencia fundamental entre un chamán y un psicoanalista es que el público, el grupo al que pertenecen tanto el enfermo como el chamán, es protagonista fundamental en el proceso de curación. Se tienen entonces tres protagonistas fundamentales en la práctica chamánica: el hechicero, el enfermo y el grupo; esos son los elementos del “complejo chamanístico” (Lévi-Strauss, 1995:211) e interactúan en torno a dos

polos: la “experiencia íntima del chamán” por una parte y el “*consensus* colectivo” por otra. Lo individual y lo colectivo.

Ahora, la experiencia individual es un reflejo de la experiencia colectiva, por lo que finalmente lo individual remite a lo colectivo, y es por esto precisamente que el paciente, en su proceso de curación, acoge y se identifica con un mito recibido de la tradición cultural grupal. Mito que es recibido a través de la figura del chamán quien, a diferencia del psicoterapeuta (que básicamente escucha), despliega un discurso simbólico complementado por gestos y actuaciones (básicamente habla) que le permiten poner en escena la efectividad del ritual; efectividad impulsada por todo el simbolismo incorporado en la práctica curativa (en la concreción del significado a través de los símbolos, lo concreto y aprehensible del ritual por los sentidos).

Finalmente, las ideas que en torno al jaibanismo, el curanderismo, la hechicería y, en general, a las prácticas en medicina tradicional que se presentan en este texto, son elementos construidos desde la inevitabilidad de las relaciones interculturales, son elementos que se construyen a partir de la necesidad de comprender un poco aquellos sistemas de conocimiento que la sociedad occidental ha tratado de invisibilizar o aniquilar y que en un contexto de reconocimiento a la diversidad y al pluralismo, deben ser pensadas desde otras perspectivas; perspectivas que nos permitan sobrepasar el asombro y el extrañamiento que muchos fenómenos, como los aquí planteados, generan en la sociedad colombiana de hoy.

EL CUERPO

La realidad ontológica está dada previamente al ser –en tanto éste se ubica en un espacio tiempo en el que se vive y vive–, un ser que tiene conciencia de esa realidad que al estar dada a la conciencia misma posibilita la reflexión en torno a ella. La reflexión sobre la realidad sólo es posible cuando se tiene conciencia sobre esa realidad, lo que implica que una de las características del ser humano es precisamente el tener conciencia del sí mismo y de la realidad en la que éste se desenvuelve.

El cuerpo es entonces el correlato del mundo, en tanto es el mundo su espacio de existencia, de posibilidad de vivencialidad; por ello, las cuestiones en torno al territorio y la territorialización son cuestiones íntimamente asociadas con el ser del hombre en tanto ser social y cultural, en tanto “cuerpo material” que contiene todos los valores biológicos y en tanto ser emotivo y racional que alberga los

valores psicoafectivos y cognitivos, los cuales se conjugan en la constitución de cosmologías y cosmogonías que se develan en el ordenamiento espacio-temporal que las cosmovisiones ofrecen a las sociedades de las que emanan, en la posibilidad de proyectarse el futuro en ese espacio-tiempo. “...Con ello se rompe el hechizo de lo inmediato que mantiene al animal siempre prisionero; tórnase posible recordar lo sido y con ello la comparación consciente, juzgar la experiencia con respecto a expectativas futuras, tomar en cuenta elementos distantes: todas esas realizaciones en que se basa una actividad planificadora, dirigida inteligentemente y orientada al futuro...” (Gehlen, 1993: 70).

Ese futuro es entonces el que le permite al hombre tejer deseos e ilusiones, abrirse al mundo en un movimiento de dominio sobre la naturaleza, que le adjudica a la suya propia un distanciamiento, “un mundo sustitutivo elaborado y adaptado artificialmente que compense su deficiente equipamiento orgánico” (Ibíd.: 65-66). El dominio sobre la naturaleza implica que ésta sea convertida en inofensiva, manejable y útil, lo que para el caso aquí expuesto se observa en los procesos de territorialización y las dinámicas de la territorialidad que las comunidades pueden construir en sus territorios.

CONOCIMIENTOS INSTITUIDOS Y PRÁCTICAS LEGITIMADAS

Por otra parte, para el caso aquí presentado, encontramos diferentes discursos en torno a la salud y la enfermedad, no sólo como ejemplo de que estos conceptos pueden ser definidos culturalmente, sino como prueba de que el mundo rural sigue conservando elementos que le son propios, y de que a pesar de los “discursos del poder” de los que nos relata Michel Foucault en la *Arqueología del saber*, las medicinas tradicionales continúan siendo un elemento usual en la vida cotidiana.

Ello nos lleva a pensar en el papel de la medicina (la primera de las ciencias humanas de Occidente) y de sus profesionales, pues a través de su historia podemos conocer y hasta reconocer diferentes concepciones sobre la salud y la enfermedad que se han constituido en elementos paradigmáticos a partir de los cuales las personas llevan sus vidas. “...A partir de ello puede comprenderse la importancia de la medicina en la constitución de las ciencias del hombre: importancia que no es solo metodológica, sino ontológica, en la medida en que toca al ser del hombre como objeto de saber positivo. De ahí el lugar fundamental de la medicina en la arquitectura de conjunto

de las ciencias humanas: más que otra, ella está cerca de la estructura antropológica que los sostiene a todos...” (Restrepo y Espinel Vallejo, 1996: 33).

Así, encontramos en el campo de la salud la omnipresencia de la problemática del poder y “de la transformación de la medicina en una de las instituciones principales para el control social, superando, si no incorporando, las instituciones más tradicionales como la religión y la ley. La medicina se está convirtiendo en el nuevo depositario de la verdad, en el lugar en donde expertos supuestamente objetivos y moralmente neutrales emiten juicios absolutos y a menudo definitivos. Juicios que se hacen, no en nombre de la virtud o de la legitimidad, sino en nombre de la salud...” (Zola, 2001:23). En este sentido, encontramos que si bien las personas tienen una percepción subjetiva de la salud y la enfermedad (lo cual posiblemente compartan con otros animales), esa percepción es influida o delimitada por la entrada del cuerpo en los dominios sociales que, inevitables, producen al hombre quién a su vez se produce a sí mismo, en ese juego inagotable entre “*homo socius y homo sapiens*”.

En consecuencia, a lo que se quiere llegar es al hecho crucial de que la medicina es una institución a partir de la cual muchísimas personas rigen sus acciones frente a la vida, no sólo por la importancia de tener salud, sino por la fuerza de lo instituido puesto que es un conocimiento que se centra no sólo en los métodos y terapéuticas para con el cuerpo, sino también en unos hábitos y acciones habitadas, en unas rutinas que adquieren el carácter casi que de obligatoriedad frente a los diferentes sujetos de la sociedad.

“Un mundo institucional, pues, se experimenta como realidad objetivada, tiene una historia que antecede al nacimiento del individuo y no es accesible a su memoria biográfica. Ya existía antes de que él naciera, y existirá después de su muerte” (Berger y Luckmann, 2003: 82). La institución médica por tanto, ejerce un control social innegable, puesto que el mundo institucional se experimenta como hecho real (como producción y construcción humana) que es transmitido de generación en generación, no necesariamente como experiencia directa sino como tradición. Ese proceso de transmisión es el que le ha permitido al conocimiento médico su explicación y su justificación, su legitimación como elemento social de cohesión, lo cual requiere que se manifieste como capaz de ejercer control social sobre aquellos a quienes debe integrar.

En síntesis, lo interesante es el conflicto que se genera cuando la institución médica no es capaz de ejercer suficientemente ese control social ante ciertas poblaciones, dadas sus especificidades socio-culturales y que se reflejan –por ejemplo– en las diferentes concepciones que sobre la salud y la enfermedad puedan tener dichos grupos.

Ello está asociado con elementos ideológicos y de la cosmovisión que están directamente relacionados con las concepciones del cuerpo y con los sistemas de dominación y los complejos ideológicos que los sustentan. “El estudio del complejo ideológico también comprende el de la dominación de una cosmovisión en un momento histórico dado, y el de los medios que utiliza el grupo que la impone para presentarla como la única verdaderamente válida y conveniente para la sociedad” (López Austin, 1984: 20 y 22). En este caso, el jaibaná hace vigente el mito y, al ser una figura de poder, se legitima a partir de su práctica curativa y de control social, pues no sólo cura, también puede enfermar, por lo que se le teme y se le respeta.

A MANERA DE CONCLUSIÓN

Para el contexto del Resguardo DDM se observa el uso tradicional de plantas medicinales, no sólo desde la práctica del jaibanismo sino también desde la práctica del curanderismo; así, se encuentra que el uso de tales plantas, si bien está asociado con actividades de atención primaria en salud, también está relacionado con usos rituales desde la acción del jaibaná.

Se evidencia un conflicto entre la medicina tradicional Embera y la medicina del pueblo –como ellos llaman a la medicina alopática– y que cobra alcances importantes en lo que respecta a la atención en salud que el hospital tiene el deber de prestar. Tal atención se encuentra entonces obstaculizada por la falta de convergencia entre ambas medicinas puesto que ambos sistemas médicos se desconocen entre sí, al punto de que tanto el médico tradicional como el médico alópata no se reconocen entre sí como sanadores en tanto conocedores de prácticas curativas efectivas.

El jaibanismo como la forma Embera del chamanismo se constituye en determinante sociocultural a partir de la cual se posibilita la resignificación de prácticas medicinales tradicionales. Desde la perspectiva del contacto intercultural es un elemento vital para el mejoramiento de las condiciones de salud en tanto se piense desde una

complementariedad con la medicina alopática occidental, dada la fuerte influencia de los complejos ideológicos en las concepciones del cuerpo.

El trabajo del jaibaná consiste en entrar en comunicación con los jai; aquí hay que tener en cuenta dos factores. El primero, es que para los Embera los jai son los “espíritus” de los difuntos, por lo que para el jaibaná estos son las energías con las que se comunica ya sea en el sueño, o en el estado de trance (bajo los efectos de plantas o el alcohol), por lo cual en el momento de curar invoca preferiblemente a los espíritus tutelares, es decir, los de los antiguos maestros (Vasco, 1985: 75).

El jaibanismo es una práctica que juega un papel fundamental tanto en la organización política como en el equilibrio espiritual, ya que a través de éste se manifiestan las creencias y tradiciones de los Embera, pues el jaibaná a través de su trabajo se remonta a los personajes y entidades que conforman la mitología y tradición oral, por lo tanto, el jaibaná hace vigente y real la importancia del mito como estrategia de control social.

La enfermedad, para los habitantes de DDM, nada tiene que ver con la higiene entendida desde la perspectiva occidental; en realidad para los indígenas la enfermedad está asociada al influjo de los jais y a la práctica jaibanística y es por ello que, dado que viven en un contexto de relación con el kajuma, diferencian la enfermedad de blanco de la enfermedad de Embera o de maleficio. La enfermedad para los pobladores indígenas del resguardo se explica a partir de que un especialista en el manejo de ciertos “segmentos” sobrenaturales del mundo (un jaibaná) tiene la intención de tirar jai –o maleficio– y de hecho lo hace, produciéndose así la enfermedad en el cuerpo del sujeto objeto del maleficio. El maleficio es entonces el suceso mágico que entra al cuerpo para enfermarlo. La magia –para el caso Embera–, si bien constituye un sistema para explicar el mundo, también es un sistema médico que permite no sólo superar la enfermedad, sino también provocarla⁴.

Para el caso de la comunidad campesina, se recabó información sobre medicina tradicional y plantas medicinales a través de 154 encuestas, de las que se deduce que la medicina tradicional es una práctica muy vigente y que se conserva en tanto forma de atención primaria de la enfermedad.

⁴ Tomado del informe de los resultados de la investigación en etnodesarrollo y jaibanismo en el Resguardo Embera Chamí Dachi Drua Mode, entregado a la Vicerrectoría de Investigaciones y Posgrados de la U. de Caldas.

Igualmente, las prácticas mágico-religiosas siguen estando a la orden del día, pues estos brujos y/o yerbateros se siguen esforzando por explicar las calamidades tradicionales (amores frustrados, celos, enfermedades, muerte) “y, sobretodo, lo que escapa a los parámetros de interpretación clásicos: las adversidades modernas (la ciudad, el paro, el fracaso escolar y profesional)” (Augé, 1996: 110).

Por otra parte, encontramos que el curanderismo y las prácticas ejecutadas por el curandero –al contrario de lo que propone Virginia Gutiérrez⁵ (Gutiérrez de P., 1985: 66)– está asociado al campo de lo mágico-religioso, no sólo por las dificultades que presenta su delimitación, sino también por cómo son concebidos los curanderos en el pueblo. Esa concepción está más asociada al ámbito de lo mágico-religioso y lo sobrenatural. Esto aplica para el caso del curanderismo en el pueblo o en la población campesina, pues la definición propuesta por V. Gutiérrez sí aplica en el caso del curanderismo en el resguardo.

Así, el curanderismo al que se refiere la autora citada, en el caso Ansermanuevo, estaría más asociado con las prácticas aquí imputadas a las cabezas de familia –o al curandero del resguardo DDM–, que tienen que ver más con un conocimiento botánico heredado por tradición que con un poder sobrenatural, conocimiento que además no es utilizado con fines comerciales o de lucro personal pero que sí está enraizado en la fe cristiana, por lo cual podría suponerse que en este caso el curanderismo también está asociado con elementos religiosos.

⁵ “La medicina tradicional puede fragmentarse, según le etiología de la enfermedad en: mágico-religiosa y curanderismo, nominaciones y conceptos que guiarán los análisis. La mágico-religiosa se basa en el principio de un poder sobrenatural, que cura o produce el mal, mediante un agente intermediario. Es religiosa solamente, cuando opera con premisas de esta naturaleza y mágica cuando sólo se apoya en sus principios. Es mágico-religiosa en una acción participante de religión y magia. Es muy difícil señalar los límites entre las dos, porque ambas trabajan con poderes y entes sobrenaturales: poderes y espíritus mágicos en la “personalística”. Poderes divinos y también espíritus (santos, almas) en la religiosa. Ambas tienen ceremoniales específicos y similitudes, para conseguir la ayuda sobrenatural y ambas, agentes intermediarios parecidos, para el alcance buscando. En la práctica, los linderos entre las dos no se distinguen: cabezas médicas mágicas pueden curar manipulando la magia e invadiendo el campo religioso con invocaciones, oraciones, imprecaciones, etc. de santas, por ejemplo. O las curaciones religiosas apoyarse en amuletos, reliquias de santos o en ceremonial mágico. Ambas dan a la dolencia un origen punitivo. El curanderismo –medicina casera y curanderismo propiamente dicho– constituye el saber médico popular resultante de un proceso de asimilación de logros de la medicina facultativa o de descubrimientos propios, signados por la cualidad natural en los planteamientos teóricos y en su praxis. La medicina casera, constituye un recurso inicial y tentativo en el alcance de la salud, y complementación médica en el hogar de un tratamiento médico. El curanderismo propiamente dicho, exige para su ejercicio una cabeza médica que no existe en la modalidad previa, porque en ella el saber y la práctica se encuentran difundidos en el área doméstica”.

Se concluye que los fenómenos de la salud y la enfermedad, al estar directamente relacionados con la existencia, se configuran como elementos que se relacionan con los amplios y diferenciados elementos de la vida cotidiana, siendo que el cuerpo, el territorio, la identidad, la historia y tantos otros componentes de esa cotidianidad, se entrecruzan e influncian al momento de pensar la salud y la enfermedad. En consecuencia, la relación que existe entre las concepciones de salud y enfermedad de una sociedad tradicional y la medicina alopática estatal, es una relación de divergencia en tanto las teorías, métodos y terapéuticas implementadas por la medicina alopática estatal difieren y antagonizan con las explicaciones y terapéuticas tradicionales; sin embargo, dicha relación no tiene que ser necesariamente disidente, también puede ser pensada en términos de complementariedad, en función de una atención integral y efectiva para con las comunidades a partir de la implementación estratégica de algunos conocimientos botánicos o mágico-religiosos tradicionales que están constantemente protagonizando en los escenarios de la atención primaria en salud, puesto que para muchos casos la cura puede administrarse a través de una atención básica sustentada en el uso de plantas medicinales o de dispositivos simbólicos de diferente orden que igualmente instrumentalizan las potencialidades botánicas que entrega el ambiente.

BIBLIOGRAFÍA

- Augé, Marc. (1996). *El sentido de los otros: actualidad de la antropología*. Buenos Aires: Editorial Paidós. 119p.
- _____. (1998). *Dios como objeto, símbolos - cuerpos - materias - palabras*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Berger, Peter y Luckmann, Thomas. (2003). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu Editores. 233p.
- Colección Yuluka/Salud pública. *Salud y enfermedad, lecturas básicas en sociología de la medicina*. Compiladora Carmen de la Cuesta Benjumea. Kenneth Zola, Irving. “La medicina como institución de control social”.
- Foucault, Michel. “El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica”. Citado por Restrepo, Luis Carlos y Espinel Vallejo, Manuel. (1996). *Semiología de las prácticas de salud*. Santa fe de Bogotá: Centro Editorial Javeriano CEJA. p. 33.
- García, José Luis. (1976). *Antropología del territorio*. Madrid: Taller de Ediciones Josefina Betencor. 350p.

- Gehlen, Arnold. (1993). *Antropología filosófica. Del encuentro y descubrimiento del hombre por sí mismo*. Barcelona: Editorial Paidós. p. 70.
- Gutiérrez de Pineda, Virginia. (1961). *La medicina popular en Colombia, razones de su arraigo*. Editado por Universidad Nacional de Colombia. Monografías sociológicas, número 8. Bogotá, p. 66.
- _____. (1985). *Medicina Tradicional de Colombia V. I y II*. Editado por la Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, pp. 24-25.
- Levi-strauss, Claude. (2006). *Antropología estructural*. México: Editorial Siglo XXI.
- _____. (1994). *El pensamiento salvaje*. México D. F.: Fondo de Cultura Económica. pp. 395.
- López Austin, Alfredo. (1984). *Cuerpo humano e ideología, las concepciones de los antiguos Nahuas*. Universidad Nacional Autónoma de México. México D. F. 490p.
- Lorite Mena, José. (1982). *El animal paradójico*. Madrid: Alianza Editorial, S. A.
- Pinzón, Carlos y Garay, Gloria. (1997). *Violencia, cuerpo y persona*. Bogotá: Editorial Gente Nueva.
- Restrepo, Eduardo. (2004). *Teorías contemporáneas de la etnicidad, Stuart Hall y Michel Foucault*. Popayán: Editorial Universidad del Cauca. 132p.
- Restrepo, Luis Carlos y Espinel Vallejo, Manuel. (1996). *Semiología de las prácticas de salud*. Santa fe de Bogotá: Centro Editorial Javeriano CEJA. p. 33
- Suárez, Roberto. (2001). *Reflexiones en salud: Una aproximación desde la antropología*. Bogotá: Universidad de los Andes.
- Vanegas García, José Hoover. (2001). *El Cuerpo a la Luz de la Fenomenología*. Universidad Autónoma de Manizales. Manizales, p. 134.
- Vasco Uribe, Luis Guillermo. (1985). *Jaibanás los verdaderos hombres*. Fondo de Promoción de la Cultura del Banco Popular, colección textos universitarios. Bogotá, 170p.