



XXXVII ENCUENTRO DE GEOHISTORIA REGIONAL
PROBLEMÁTICAS REGIONALES
FRONTERAS Y CONFLICTOS



Mesa 13: Vivencias en Espacios Fronterizos: Memorias, Identidades y Disputas Regionales.

Coordinación: Norma Oviedo (UNaM) – Valdir Gregory (UNIOESTE) – Diana Mabel Arellano (UNaM) – Jorge Alcaraz (UNaM)

Título Ponencia: Memorias saludables. Crónicas y cotidaneidades de una enfermera en el cuidado de la salud en Misiones.

Autores: Dávalos, Carlos¹

Dávalos, Gabriel²

RESUMEN

Frecuentemente, únicamente llaman la atención fenómenos calificados como extraordinarios de acuerdo a determinados parámetros ajustados a las preferencias de una cultura particular, minimizando así la estimación de los acontecimientos cotidianos; sin embargo, el registro de los hechos de la vida cotidiana se presenta como un campo propicio para la producción de conocimiento y análisis de lo social a partir de lo individual. Efectivamente, la observación de vivencias y cotidaneidades se constituye en paso necesario para el conocimiento y comprensión de la vida social y; respecto de su abordaje las perspectivas de estudio de historia de vida y etnografía destacan como mecanismos propicios para el registro y el análisis de los relatos particulares. Asimismo, las vivencias personales experimentadas por los sujetos,

¹ FCEQyN-UNaM - carlos_c_davalos@hotmail.com – Licenciado en Enfermería, maestrando en Antropología Social

² FHyCS-UNaM – gabrieldavalos00@gmail.com - Estudiante de Lic. En Historia, becario CIN y Auxiliar de Investigación en el proyecto “Relaciones de Poder: Misiones como Problema Historiográfico, entre lo Local y lo Regional”.

construyen y modifican las representaciones que los mismos poseen de su entorno, en un proceso en el cual la circulación de las personas por el espacio determina el alcance de sus historias; destacando así una visión local que, sin embargo, posibilita dar cuenta de representaciones sobre vínculos y relaciones regionales.

A partir de esta propuesta, consideramos el ámbito de atención de la salud como un terreno idóneo para el examen de las cotidianidades desarrolladas en un marco de interacciones, constituido por diversas posturas relativas a la atención social – política estatal, medicina tradicional, medicina alternativa, etc.–; en dialogo, según los ámbitos, las circunstancias y las problemáticas que enfrenta el personal de salud, haga frente a la solución de problemáticas adaptando o combinando las prácticas de atención.

De este modo, enfatizamos un abordaje etnohistórico para el análisis de un corpus de relatos de un personal de enfermería de la provincia de Misiones que se constituye con anécdotas de las décadas de 1970, 1980 y 1990, a partir de las que reconocemos las representaciones individuales respecto del contexto sociohistórico, de los destinatarios de la atención y de los colegas que, posibiliten identificar las practicas medicas perspectiva diversas acerca de la salud y caracterizar el tipo de relaciones entre los distintos grupos y analizar las representaciones sobre la atención medica en el espacio local/regional.

INTRODUCCIÓN

Históricamente, el ser humano ha recurrido a una amplia y heterogénea pluralidad de recursos para afrontar los padecimientos a los estaba expuesto en su ambiente; desde recursos mágicos/religiosos – como el chamanismo, curanderismo, herboristería, hechicería, entre otros – hasta los, más conocidos, tratamientos invasivos y farmacológicos del presente y, en ese sentido, observamos que cada sociedad o comunidad adopta un tipo de medicina específica según los parámetros generales que la cultura de pertenencia les habilita.

A su vez, el reconocimiento de la variedad de culturas que interactúan en una misma sociedad pone en evidencia que la medicina occidental es tan solo uno más de los sistemas de atención de la salud, pero no el único y, consecuentemente, es posible reconocer la coexistencia de otros tipos y conjuntos de prácticas médicas. Desde esta postura, es que analizamos la yuxtaposición de los sistemas de salud a través de un caso particular; las experiencias y vivencias

desde las anécdotas de una enfermera (F. R.) que se desempeñó en la sala de traumatología del Hospital Madariaga de la ciudad de Posadas/Misiones durante el periodo 1974 /2009.

El periodo de labor en el sistema oficial, da cuenta de la organización y dinámica del funcionamiento del mismo, demostrando la convivencia y puesta en ejercicio, en simultáneo, de prácticas de salud que no estaban contempladas en el mismo; en su mayoría prácticas de la medicina tradicional, utilizadas habitualmente por amplios sectores de la sociedad, e inclusive por el propio personal de salud.

DESARROLLO

Actualmente, la Organización Mundial de Salud (OMS) al conceptualizar “La Salud” no se limita a los aspectos biológicos tradicionales, sino que sirviéndose de ellos amplía el alcance de la definición determinándola como una construcción y un fenómeno social³. De este modo, la Salud es susceptible de ser analizada como un continuo transitar entre el estado de bienestar y enfermedad de cada sujeto; en el cual, la placidez física, emocional y mental y su disminución, se hallan determinados e influidos por el contexto sociohistórico; reconociendo justamente que la dimensión sociocultural coexiste junto a la biológica⁴.

En afinidad con el posicionamiento de la OMS, en las últimas décadas, desde la Ciencias Sociales surgieron algunas formulaciones teóricas respecto a la salud: Dubos la presentó como “*el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en este medio*”⁵, Illich la describió como “*la capacidad de sentirse vivo en el gozo y en el dolor y de amar la sobrevivencia, pero también de arriesgarla*”⁶; y, Terris como “*el producto positivo de la interacción continua del hombre con su medio*”⁷. En conjunto, se criticaron a las antiguas y ortodoxas definiciones de salud, por el hecho de que las mismas consignaban un *"papel excesivamente preponderante de las profesiones sanitarias en general, y desde la médica en*

³ Organización Mundial de la Salud. “Constitución de la Organización Mundial de la Salud”. Ginebra: OMS; 2006. Documentos Básicos: Suplemento de la 45ª Edición.

⁴ Posición teórica mantenida por quienes afirman que los fenómenos psicológicos, sociales y culturales dependen de condiciones orgánicas (biológicas) de modo que para comprenderlos y explicarlos las investigaciones se deben basar en los hechos biológicos que les subyacen.

⁵ DUBOS, R. 1975. “El espejismo de la Salud” (Fondo de Cultura Económica. México)

⁶ ILLICH, I. 1976. “Némesis Médica” (Edit. Joaquín Mortíz. México-D.C.)

⁷ TERRIS, M. 1987. “La revolución epidemiológica y la medicina social”. (Siglo XXI. Madrid)

*particular, en la definición de la enfermedad y sus remedios, cuestionando así la capacidad de los servicios sanitarios en la prevención y curación de ésta"*⁸.

Gran parte de la crítica expuesta se sustentó en que los tipos de organización y dinámica de los sistemas y prácticas de atención de la salud en absoluto han sido homogéneos; la conformación y desarrollo de cada una, obedeció a las pautas, padecimientos y cosmovisiones particulares de cada comunidad, a través de procesos, continuos, constantes y mutables. Que fueron el resultado de transformaciones socio-político-económicas particulares; y que, en algunos casos, como la medicina occidental, se transformaron y enrevesaron hasta como los conocemos hoy en día.

En consecuencia, a partir de la diversidad de conocimientos y prácticas de y para intervenir en la “atención/salud/enfermedad” de las personas podemos señalar tres amplios conjuntos de mecanismos para la atención de la salud, consolidados como modelos de atención: la Medicina Científica u Oficial, la Medicina Alternativa y/o Complementaria y la Medicina Tradicional. Y, pese a las distinciones, los mismos no se presentan/desarrollan en forma aislada o cerrada; dado que, *“Es en el sistema funcionando que veremos operar procesos de síntesis, de yuxtaposición o de exclusión de prácticas y representaciones procedentes de diferentes saberes, pero que, en los conjuntos sociales, se organizan de una determinada manera.”*⁹, como bien lo describe Menéndez.

Constituyendo, de hecho, que las distintas formas de tratamiento sanitario no compongan compartimientos estancos – ya que sus dinámicas se entrecruzan y entrelazan en el seno de la sociedad – ni tampoco se instauren como patrimonio exclusivo de un sector social. En realidad, la yuxtaposición de las mismas, conlleva al accionar de un “pluralismo médico”; el cual, refiere al uso potencial por parte de la población de las variadas formas de atención, para diferentes o para un mismo problema de salud.¹⁰

En gran medida, la selección de uno u otro conjunto de prácticas de atención se sustenta en las concepciones de salud/enfermedad propias de cada grupo humano; las cuales, globalmente, componen un amplio abanico que abarca desde el enfoque mágico-religioso, hasta

⁸ SÁEZ GÓMEZ, 2000, en GONZALES DE HARO MARIA-2015, 2000, 10.

⁹ MENÉNDEZ, E. 1994 “La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional?”, Alteridades (UAM Iztapalapa), 4 (7) ,71-83, México.

¹⁰ MENÉNDEZ, E. 2003 “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”, Ciencia & Saúde Coletiva, 8 (1), 185-207, Río de Janeiro.

el puramente biológica. Posibilitando reconocer situaciones de incorporación/adaptación de elementos de un sistema hacia otro.

De igual modo, sea una sociedad donde un determinado sistema pueda ser hegemónico y/o presentado como el único de validez para la atención de la salud, las costumbres y el dinamismo poblacional repercuten en que simultáneamente gran parte de las prácticas sanitarias se hallen al alcance y, de hecho, sean utilizadas por distintos sectores sociales; de manera que, una persona pueda acudir con un médico, consultar con un curandero, hacer “Ayurveda”¹¹, y/o concurrir a una casa de religión para aliviar sus dolencias. Llevándonos a reconocer como modelos de atención¹² al conjunto de prácticas vinculadas o intencionadas en brindar cuidado a los padecimientos de las personas; con el fin de prevenir, tratar, controlar, aliviar y/o erradicar dolencias determinadas. A su vez, dicho/s modelo/s, es justo decirlo, se encuentra/n enmarcado/s en el proceso salud/enfermedad/atención (s/e/a), procedente y reconocido en las prácticas del saber popular o de la biomedicina.

Este proceso, e incluso la muerte, no se definen arbitrariamente desde profesiones determinadas o instituciones especializadas, sino que son el resultado de hechos colectivos; respecto de los cuales los grupos construyen acciones, técnicas, ideologías y simbolizaciones, en y para las cuales son identificadas las causas, formas de manejo y tratamiento. Asimismo, la significación de los padecimientos, desarrollada en el marco histórico de cada sociedad, se sustenta en la necesidad de comprenderlos para enfrentarlos y solucionarlos/atenuarlos; en un proceso influido por las relaciones de sumisión/hegemonía entre los grupos, incluyendo también sus saberes y técnicas¹³.

Así, a lo largo de su historia, las sociedades han erigido diversos sistemas de validación de los saberes y de las prácticas médicas respectivas¹⁴; derivando a manera de estrategias de acción técnica, la instrumentación de mecanismos de producción de curadores avalados y autorizados institucionalmente para atender a un determinado grupo de patologías individuales y/o colectivas.

¹¹ En sánscrito significa literalmente Ayur “vida”, Veda “conocimiento”, definiéndose en términos generales como la ciencia de la vida; en este sentido, Ayurveda es considerada una ciencia holística

¹² MENÉNDEZ, E. (1994) Óp. Cit.

¹³ Como es el caso de las prácticas de la medicina oficial, en detrimento de otras prácticas, con excepción de algunos agrupamientos humanos donde todavía prevalece fuertemente la medicina tradicional, como ser la indigenista.

¹⁴ En la medicina oficial, por ejemplo, funcionan los sistemas académicos o científicos de explicación, fundamentación y acción sobre los padecimientos.

El carácter de ‘aval institucional’ refiere al reconocimiento de las Instituciones como los entes que determinan la forma de atención de los padecimientos; estableciendo la manera de “*pensar e intervenir sobre las enfermedades y, por supuesto, sobre las enfermedades y los enfermos*”¹⁵. De ese modo, aunque la Medicina Oficial es comúnmente considerada como la única de carácter institucional, debido al gran despliegue que desarrolla en el abordaje del proceso s/e/a, otras prácticas de atención de la salud – Homeopatía, Acupuntura, Imposición de manos, Herboristería, etc. – también evidencian su institucionalización social; puntualmente, a raíz de que los curadores, desde su práctica médica, simbolizan socialmente y culturalizan sus actividades. En ese sentido, en tanto curadora del sistema oficial, los testimonios de la enfermera F.R. nos dan cuenta de la interacción y superposición de sistemas en el proceso s/e/a, y de algunas simbolizaciones consiguientes.

La inserción de esta mujer en el sistema oficial de atención de la salud pública inició formalmente en el año 1976 cuando ingreso en Sala Tercera (de operados) del Hospital provincial “Ramón Madariaga”, en la cual se desempeñó por dos años; posteriormente fue trasladada a la Sala de Traumatología, del mismo Nosocomio, desde la que ejerció la profesión hasta su jubilación en el año 2009. Sin embargo, cuando ella misma refiere al desempeño como enfermera lo hace contabilizando los 3 años de práctica que le toco ejercer durante sus estudios; al igual que, a partir del año 2009¹⁶ continua reconociéndose como enfermera, debido a que realiza, en forma particular, prácticas de la medicina oficial para la preservación de la salud como ser: aplicación de inyectables, tomar la presión arterial, y esporádicamente alguna curación.

Cuando rememora sobre los inicios de su profesión lo hace relatando que de niña ya “*soñaba con ser enfermera*”, realizando cuidados y atenciones a vecinos de su pueblo; inclusive llegando a ser reconocida en la escuela primaria en que estudio¹⁷ como la “*enfermera del curso*”. De ese modo aconseja que “*estudiar enfermería porque quereres un puesto, nunca hay que hacer. Si tenés amor al prójimo sí, así uno no le trata mal al paciente, le trata de corazón. Yo nunca me canse de atenderle, y hasta ahora con mis vecinos le tomo presión, le hago inyección y nunca le cobro*”. A raíz de esto último – el no cobro por el ejercicio de las prácticas de salud – podemos introducirnos en lo que esta profesional propugna como la “*vocación enfermera*”; sin

¹⁵ MENÉNDEZ, E. (1994) Óp. Cit.

¹⁶ Año en que se jubiló, retirándose del sistema oficial de atención de la salud pública.

¹⁷ Escuela N° 37 de Mujeres, en Candelaria.

embargo, antes de explayarnos, cabe destacar que tal disposición fue señalada varias veces, y en gran medida, fundamentada a raíz de una experiencia personal:

“me paso algo muy triste... yo me quise hacer una penicilina por mi cuenta, recién estudiaba enfermería, y fui a la cuadra que vivía una señora extranjera, que hacía inyecciones. Me dijo: ‘si, le voy a hacer’, empezó a diluir, y me dijo: ‘yo cobro tanto’. Yo solo tenía para comprar la carne, y bueno, pague y ese día ni sé que cocine porque no tenía para comprar la carne. Yo dije: el día que yo sea enfermera jamás le voy a decir tanto, si tiene voluntad, y si tiene, y me quiere dar, sino yo igual le voy a hacer. Porque yo sufrí tanto ese día, me sentí tan mal. Ella apurada por decirme cuánto cobra, eso no es enfermera del corazón... ella tenía el interés de la plata”

Consecuente y enfáticamente afirmaba que *“para ser enfermera o enfermero, no es por tener un puesto, hay que tener amor al prójimo, entonces nada te pesa, vos hacer con amor”*; y, subrayando tal aseveración a partir de anécdotas del momento en que estudiaba su profesión en los años 1969 a 1972.

Durante su formación realizada en la Cruz Roja Internacional, en la ciudad de Posadas, los profesores favorecían aquellas actitudes que manifestaban la decisión de estudiar enfermería por la satisfacción de realizar *“el bien y amor al prójimo”*, desempeñando *“paciencia”* hacia aquella persona que sufre, o que esta dolorida. Sin embargo, la vocación de enfermera que explica esta profesional no redundo solo en la lastima, sino que implica, además de las acciones correspondientes, ponerse en el lugar de la persona que sufre, buscando encontrar *“aunque sea una palabra de aliento o consuelo, que pueda aliviar el dolor”*; uno de los ejemplos descriptos sobre la vocación de la enfermera refirió a la aplicación de inyectables dando cuenta de que quien *“no tiene vocación a lo mejor le va hacer un chuzazo, una inyección a toda vela y listo”*, y por el contrario inyectar despacio y hablar con la persona antes y durante el procedimiento es bien valorado.

EJERCICIO DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA

Las labores en la sala de Traumatología eran compartidas con otras dos colegas, que implicaba un total de tres por turno de 8 horas; para atender una cantidad de camas, que regularmente, era de 20, aunque en ocasiones el número ascendía hasta 25, usualmente derivados desde otras áreas por falta de espacio. Las principales funciones del personal eran las de suministrar medicamentos, control de los signos vitales e higiene de los internados.

No obstante, si bien a Traumatología eran derivadas las personas que presentaban algún tipo de traumatismo¹⁸, cuando en alguna de las otras Salas – que no eran de terapia intensiva o de casos infectocontagiosos – faltaban camas, entonces los internados eran derivados al espacio en cuestión; por ello, las problemáticas de los destinatarios de la atención comprendieron un abanico mayor del que en realidad se puede suponer. Desde constipados hasta pacientes oncológicos circularon por la sala durante los distintos años.

El suministro de medicamentos y el control de los signos vitales era realizado, desde un estricto régimen basado en los parámetros de la medicina oficial: cantidad, regularidad y registro; en la cual, los criterios y decisiones de los profesionales médicos eran determinantes. Sin embargo, el trato diario con los dolientes, y algunas prácticas enmarcadas dentro de las pautas de la medicina oficial, comportaban una mayor autonomía de interacción y desenvolvimiento para el personal de enfermería.

Dicha “autonomía” en ocasiones derivaba en responsabilidades cuasi-exclusivas de este sector para resolver dificultades y falencias del propio sistema de atención. La higienización de los internados, cuando no se contaba con los insumos necesarios, obligaba al personal a recurrir a soluciones externas al sistema; por ejemplo, depender de las ocasiones en que *“las monjas o las maestras, traían jabón, o a veces les traían desodorantes”*, pero que *“si nadie le traía nada... [Ella] inventaba, vinagre de manzana con un poquito de alcohol, entonces le lavaba bien con jabón común, le secaba y le ponía eso, para el olor fuerte en la axila”*.

El trato diario con las personas hospitalizadas conllevó una mayor intimidad con las mismas, diferenciando las acciones/actitudes de médicos y enfermeras, resaltando, en el accionar de los médicos, el distanciamiento social con los internados; tornándose comunes anécdotas como el de *“un chico joven, que perdió mucha sangre,... se le hizo transfusiones, pero el doctor, venia y miraba la historia, y ‘bla, bla’, no iba a acercarse al paciente ni nada, no”*.

Las actitudes diferenciadas, también desembocaron en cuestionamientos al desempeño profesional, agudizándose mayoritariamente en los casos de alto riesgo: una vez *“El paciente fue mejorando bien, después un día nomas de golpe se le bajo la presión... estaba en 6 o 5 la máxima, entonces rápido le saque el suero, traje el Fisiológico, conecte y agarre la historia”*; sin embargo, al dirigirse rápidamente a la guardia para relatar al médico de turno lo sucedido, la

¹⁸ Lesión o daño de los tejidos orgánicos o de los huesos producido por algún tipo de violencia externa, como un golpe, una torcedura u otra circunstancia.

respuesta parsimoniosa de aquel, no fue lo que se esperaba *“Está muy bien, bueno vaya y hágale otro Efortil y otro suero, pero no corra más mi hija, sentate, no hay que correr por ahí te caes, ya sé quién es el paciente, ese no tiene esperanza de vida. No va a vivir”*.

La actitud junto al diagnóstico ofrecido por quien fuera el responsable, produjo la indignación de las enfermeras, relatando orgullosamente que *“A los quince o veinte días por ahí quería mostrarle como se fue el paciente, quería llevarle y decirle mire lo que usted dijo que tenía que morir. Se recuperó”*; otra de las colegas decía *“Pero como ellos erran, si él no es Dios,... pero ellos son así, ellos no saben”* reforzando en suma el cuestionamiento hacia la autoridad del médico.

Hasta aquí, en lo que refiere al desempeño en la esfera de la medicina oficial, podemos destacar dos tipos de relaciones; por un lado, cuando refiere al ejercicio de prácticas puntuales identifica a los destinatarios como “pacientes” y, por otro, cuando aborda la cuestión de empatía (aunque implique el relato/descripción de prácticas de atención) los señala como personas. En consecuencia, conceptualmente, en el ejercicio de las prácticas de cuidado se desarrolla una relación jerárquica – enfermera-paciente, y/o médico-enfermera-paciente –, y en el trato y relaciones con las personas se establece una relación igualitaria; las cuales, no son tan evidentes en el ejercicio de prácticas ajenas al sistema de salud oficial.

PRÁCTICAS DE SALUD AJENAS AL SISTEMA DE SALUD OFICIAL

La relación de F. con las prácticas de la medicina tradicional se remontan a su niñez, *“Cuando era jovencita sufría del vientre por mucha frialdad parece, y entonces mamá me llevo a una señora que me receto que tome un té. En esa época había señoras que curaban con oración o que recetaban así un té”*; observándose, además de la existencia de curadores populares, la difusión del saber para diagnosticar, o al menos deducir, las causas de algunos males. De igual modo, la concurrencia frecuente a los representantes de la medicina tradicional, era favorecida por la poca extensión y presencia de la medicina oficial *“Cuando era chica, había pocos médicos, el medico iba una vez por semana, y tenías que tener para el pasaje para ir a Candelaria”*.

A inicios de la década de 1940, se produce una de las primeras experiencias de F. en el cuidado de la salud de otras personas, cuando tenía unos cinco años y vivía en Candelaria; en ese lugar, un vecino de ella, era padre soltero y tenía a su cargo dos hijos, debiendo llevar al menor

de ellos (de 2 años aproximadamente) cuando iba a tarefear¹⁹. El niño que iba llorando detrás del padre *“tenía todo granito, por falta de higiene seguro”*, motivando que ella solicite a su madre el cuidado de la criatura mientras él hombre iba a la tarea y así podría bañarle.

Para la higienización en cuestión, cerca de la casa crecía “pimienta del agua”, o “CaaTay”²⁰, en idioma Guaraní, con esa planta que es *“Picantísimo cuando esta crudo”* preparó el enjuague; el cual, según nos refirió, se debe *“hacer hervir o hervir el agua y poner en una vasija, y luego derramar la pimienta; por eso le dicen pimienta del agua, y se borra, es cicatrizante especial para curar la sarna, la sarnilla”*. Finalmente, realizó el baño, aplicó el agua con el preparo y también lavo la ropa dejándola secar al sol.

La preocupación de la madre de Felipa se hacía presente, ordenándole que se lave bien las manos para que *“esa cosa no se cambie por vos”* sin embargo, *“No me cambio nada porque yo hice de corazón, me lave bien con jabón común, no me acuerdo que me pase por la mano, porque ni alcohol creo que teníamos, era nafta o kerosene”*.

El uso de plantas medicinales no era exclusivo para la higiene, o salud externa, de las personas, según el tipo de padecimiento se recomendaba una planta local determinada; lo que implicaba un proceso de diagnóstico, identificación del mal y el ejercicio medicinal y/o receta herbaria. El conocimiento de estas prácticas, según nos refirió, fue aprendido un poco de su madre, y otro tanto de un libro que le proporcionó una amiga, el cual *“posee muchos remedios, útiles para socorrer a alguien”*; continuando el desarrollo de este tipo de prácticas durante su vida adulta e incluso hasta el momento de las entrevistas.

Por ejemplo, si una persona tenía la presión muy elevada, le aconsejaba *“té de la hoja de Laurel²¹, ese que se come en el estofado, solo si está muy alto, un tecito liviano nomas, porque baja mucho, o sino te de hoja de Pitanga”*; si la persona estaba “empachada” en cambio la

¹⁹ Cosechar la Yerba Mate

²⁰“Polygonium ocre” comúnmente se lo denomina Pimienta del agua, es utilizado como antiinflamatorio, vasoconstrictor, coagulante y cicatrizante. Contiene polygodial (metabolito de sabor picante) y de su isómero: isopolygodial (no picante).

Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos, Institutos Nacionales de Salud. Efecto de polygodial en la atpasa mitocondrial de *saccharomyces cerevisiae*. Grupo de Bioquímica Comparada, Política y Gestión, Universidad de California, Berkeley, California 94720, EE.UU.clunde@nature.berkeley.edu.

²¹Nombre científico: *Laurus Nobilis*. Usos más frecuentes antiséptico, expectorante, carminativo y espasmolítico. El aceite esencial, en uso tópico, es pediculicida y rubefaciente. Popularmente también se usó como emenagogo y antihemorroidal. Presenta una acción estimulante del apetito, digestiva y colagoga.

_Bruneton, J. 2001, “Farmacognosia. Fitoquímica. Plantas Medicinales.” 2ª Ed. Zaragoza:

infusión debía ser de “*Yerba Lucero o Marcelita*”. La periodicidad de la ingesta era determinada en cada ocasión según el estado de la persona.

Sin embargo, la práctica de recetar infusiones a base de plantas medicinales o regionales, no fue ejercida únicamente en el ámbito privado o familiar; en el Hospital en ocasión que se internó un hombre con colitis²² y, poniéndose de acuerdo con la compañera de trabajo, se propuso hacerle un ‘tecito’. Primeramente pregunto al paciente “*si quiere tomar té de Guayaba*”²³, realizándolo y sirviéndolo luego “*en forma escondida*”.

Como excusándose de la práctica realizada F. conto que “*en la farmacia un tiempo no había más remedio. Y además hay al que no le hace nada la pastilla negra*”²⁴; no obstante, al producirse el resultado efectivo del tratamiento realizado, el médico de la sala interrogó “*¿Cómo se le fue?*”, a lo que ella respondió que “*en la farmacia no había tal cosa, y le hice tal cosa*”. Relata con satisfacción, que desde entonces lo propios médicos favorecieron tal práctica formulando un “*Doña Felipa usted sabe, su tecito, hágale*”.

Este ejercicio de prácticas de atención de la salud no oficiales dentro del sistema de salud oficial, demuestran que “*Tanto el saber popular como el saber médico no, pueden ser entendidos si no están relacionados con el campo en el cual interactúan*”²⁵; remitiendo el entendimiento de las prácticas y representaciones “populares” y “científicas” al campo social, en el cual se constituyen y entran en relación los distintos saberes.

Al respecto resulta sugestivo el caso de “*un muchacho que se estaba por operar de la cabeza, meningitis. Me dijo: hay señora yo no me quiero operar, que lastima que mi mamá está lejos, ella cura... y no tengo como comunicarme, ¿usted no sabe alguien acá que sabe rezar?*”; respondiendo ella que sabía y, accediendo al pedido, pero “*disimuladamente, que las compañeras no vean*”. Además del rezo, ella le “*poso*” al joven con una piedra, advirtiéndole que era sagrada y que se la habían regalado especialmente para curar personas. Luego de la acción, al otro día, el joven se sintió mejor al punto de pedir el alta, bajo el asombro del médico que señalaba que “*fue un milagro*”; sin embargo esta enfermera presentó una explicación más sencilla arguyendo que “*lo que el tenía, nada que ver con meningitis, era un ojeo*” porque “*La persona grande también se ojea o a veces se sapeca*”.

²² COLITIS

²³ GUAYABA

²⁴ Se refiere a la pastilla de carbón, utilizada para atender los casos de irritación del colon.

²⁵ - MENÉNDEZ, E. (1994) “La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional?”, Alteridades (UAM Iztapalapa), 4 (7), 71-83, México.

La diferencia entre uno u otro diagnóstico y sus causas, es si *“duele la cabeza, porque alguien que no te quiere bien... o alguien que te envidia, te mira así, eso te ojea. Y si te sapeca, es un poco como el ojeo [en menor intensidad], a veces por tener un quebranto, por algo que querés solucionar y no podés, también te duele la cabeza. Ese es quebranto”*; y, si bien más allá del rezo, no quedaron especificadas las practicas puntuales de curación para resolver el ojeo, sí puede reconocerse que se trata de una creencia compartida entre la enfermera y el doliente, una costumbre compartida por ambos²⁶.

Así mismo, una de las practicas no propias de la medicina oficial realizadas en el lugar de trabajo, que reconocemos como una costumbre de la población era rezar el rosario, sin embargo *“cuando empezaron a venir los residentes, que ellos nada saben los lugares [de las cosas], te piden y te piden y te cortan, no podés seguir rezando, entonces nos dejamos, ya no rezamos”*. La costumbre se originó a raíz de las visitas regulares de monjas y maestras jubiladas que invitaban a rezar, después de un tiempo que las mismas dejaron de asistir, algunas de las enfermeras siguieron rezando; según refiere, los médicos no participaban *“porque ellos estaban ocupados a esa hora, estaban en consultorio”* sin embargo conocían de esa práctica *“Más de una vez nos pilló²⁷ rezando”* aunque no presentaban objeciones o cuestionamientos. En este sentido, enfatizó como quien se pone a la defensiva que *“Nadie me llamó loca ni nada, porque yo nunca les abandonaba a los pacientes ni nada”*.

El ejercicio de algunas prácticas y su estigmatización, evidenciada en el ocultamiento de las mismas, se debe a que los dolientes, y la población en general, portan ideas, creencias, ansiedades conocimientos referidos a su salud y el padecimiento que los aqueja, parte de la práctica médica oficial, es primero convencer a los pacientes de que sus ideas y saberes en el campo de la salud, son subjetivos sin fundamentos “científicos”, y por lo tanto sospechosos, mientras que los de la biomedicina están científicamente asentados y por lo tanto, indiscutiblemente autorizados²⁸.

El ejercicio de dichos conocimientos era cotidiano en la población, y de hecho, se ejercía en forma más frecuente en niños e infantes, de los que destacamos algunos: por ejemplo cuando un niño orinaba frecuentemente, era debido a una “frialdad que se agarró” por ingerir bebidas

²⁶ REFLEXION SOBRE LEVI-STRAUSS “EL HECHICERO Y SU MAGIA”

²⁷ El termino proviene de “pillar” que en el dialecto regional refiere a descubrir, encontrar, sorprender.

²⁸ FRANKENBERG R. en - SINGER, M. (2004) The social origins and expressions of illness, *British Medical Bulletin*, 69: 9–19. Traducción del Programa de Antropología y Salud. Instituto de Ciencias Antropológicas Facultad de Filosofía y Letras UBA.

muy frías; en ese sentido, en una de esas ocasiones, *“le curo un señor que era del ejército... Él le acostó en la cama, y no sé si le rezo o que”*, sin embargo *“Eso no fue un problema mayor”* debido a que era algo “fácil” de curar o de hallar quien lo haga.

Otro infante que poseía problemas de bronquios, resulto en dificultades que se agudizaban constantemente *“apenas el clima cambiaba”*; para ello se *“le llevaba a un señor que hacía oración y preparaba el jarabe con cerveza negra, eucalipto, y azúcar”*. Estos tratamientos fueron realizados cuando la criatura tenía aproximadamente un año, sin embargo las prácticas ejercidas no bastaron para resolver la problemática, por lo que en un periodo posterior recurrieron al sistema oficial, plasmada en la aplicación de vacunas.

Finalmente, respecto a un recién nacido al que le toco cuidar, cuenta que *“cuando me entregaron tenía dado vuelta el estómago, estaba empachado, yo creí que no iba a vivir, tenía 45 días cuando me dieron, y no sé cómo me amañe para darle la leche y todo, y después el doctor receto la dosis, la cantidad”*; este relato resulta destacable debido a que, pese a que ya se desempeñaba como enfermera en el Hospital²⁹, opto por llevar al niño a “hacerse ver” por un referente de la medicina tradicional *“Le lleve a un señor que se llamaba don Francisco... le hizo oración y me dio que le de Yerba Lucero que le haga tecito dulce, y a veces le ponía un chorrito en la leche, y así, gracias a dios se sano. Y él le acomodo el estómago que le dio vuelta, tenía diarrea, yo creí que él no iba a vivir, y se salvó che, se salvó, y fue una bendición de dios”*.

La yuxtaposición de las prácticas de salud y la inserción en uno u otro sistema de atención, nos indican sobre la existencia de costumbres y conocimientos muchas veces no explicitadas pero que son inherentes a la población; en el caso del ejercicio de prácticas ajenas al sistema oficial de salud ejercidas por parte de personal de dicho sistema nos hace reflexionar que posiblemente uno de los acicates implícitos para tales acciones es el convencimiento de que *“lo que vale es la salud de las personas, no la gloria personal... Cuando se ayuda a las personas y se siente útil, se tiene la conciencia tranquila, que es lo más importante.”*³⁰. Creencias, valores y costumbres, son algunos de los elementos que nos permiten observar *“la forma en que un grupo articula su saber médico con los saberes de otros sectores”*³¹; posibilitando en definitiva

²⁹ Aproximadamente a inicios de la década de 1980

³⁰ TIOZZO, S. 2015 “Crónicas de un médico en el Amazonas” pp. 91. La reflexión surgió luego de que cuando una mujer miembro de la comunidad Yanomami, al sufrir un desmayo por falta de azúcar en sangre se negó a ser atendida por él, esperando la llegada del chaman, pero si accedió a comer caramelos y jugo dulce que él le ofreció.

³¹ MENÉNDEZ, E Óp. Cit.

entender su tipo de saber, y observando que no existe una divisoria taxativa entre uno y otro tipo de conocimiento.

CONCLUSIONES

F.R. se presenta como enfermera, pero no como referente de otro tipo de medicina, y a pesar de hacer uso de la medicina tradicional, no se identifica con la misma llegando incluso a sostener “no quiere que le digan la curandera”. Evidenciando una clara estigmatización hacia prácticas de salud no reconocidas por el sistema de salud oficial; que, sin embargo no implican la supresión del ejercicio de las mismas.

La empatía e interés por aliviar los malestares de los dolientes, o “al menos que se vaya con un mejor estado de salud que con el que llego”³², puede ser observado como parte de la formación profesional durante su capacitación en la Cruz Roja Internacional; y, sin embargo, la evidencia de acciones similares anteriores nos refieren a conductas/costumbres comunes de un sector social, o al menos de un grupo poblacional.

Finalmente, la naturalidad, pese al ocultamiento, con que se realizaban prácticas sanitarias ajenas al sistema y a la medicina oficial – relacionado con la “aprobación” de algunos médicos para que se le proporcione a los internados infusiones ajenas al sistema oficial –; junto con, la obstaculización en el ejercicio de costumbres locales – puntualmente por parte de los practicantes respecto del rezo en la sala (identificada como una costumbre local) – nos evidencian que en ocasiones estos profesionales aprobaban acciones propias de las cultura o medicina popular y en otras se oponían aunque sutilmente. Demostrando, que el ejercicio de la medicina tradicional/popular, no es exclusiva de un sector de la población, y que en los distintos sectores sociales se halla presente la medicina tradicional – aunque sea en la forma de reconocer su existencia – relacionada a un saber popular, que varía en uso y articulación, de sus elementos con otras prácticas.

³² Tiozzo

BIBLIOGRAFÍA

DUBOS, R. 1975. “El espejismo de la Salud”. Fondo de Cultura Económica. México

FOUCAULT, M. 1975. “El nacimiento de la clínica: una arqueología de la percepción médica”. Nueva York: Vintage Libros.

FRANKENBERG, R; MARGULIES, S & ROCA, A. 2003. “Unidas por la diferencia, divididas por la semejanza: la alegremente dolorosa posibilidad de la colaboración entre medicina y antropología”. Cuadernos de antropología social, (17), 11-27. Recuperado el 09 de mayo de 2017 http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-275X2003000100002&lng=es&tlng=es

GONZALES DE HARO M. 2015, “La salud y sus implicaciones sociales, políticas y educativas”. Lección inaugural-UHU.

ILLICH, I. 1976. “Némesis Médica”. Edit. Joaquín Mortíz. México-D.C.

MENÉNDEZ, E. 2003. “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”. Ciencia & Saúde Coletiva, 8 (1), 185-207, Río de Janeiro.

MENÉNDEZ, E. 1994. “La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional?”. Alteridades (UAM Iztapalapa), 4 (7) ,71-83, México.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; 2006. Documentos Básicos: Suplemento de la 45ª Edición.

TERRIS, M. (1987) La revolución epidemiológica y la medicina social. (Siglo XXI. Madrid)

VILLALOBOS H.M. “¿Por qué la medicina alopática no es una medicina tradicional?” Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM 2001; 44: 29-31.

TIOZZO, S. 2015 “Cronicas de un Medico en el Amazonas”. Ediciones Barrios Rocha, El Dorado Misiones.

LEVI STRAUSS –1995 “Antropología Estructural” Cap. IX El hechicero y su magia Paidós Buenos Aires

GINZBURG, C. 2003. “Tentativas”. Edit de la Universidad Michoacana de San Nicolas del Hidalgo, Michoacan, Mexico

Entrevistas

F.R. – entrevista personal – 05 de Septiembre de 2017

F.R. – entrevista personal – 09 de Septiembre de 2017

F.R. – entrevista personal – 15 de Septiembre de 2017