

Repensar la antropología de la salud. Una perspectiva crítica e intercultural en el altiplano de Puno, Perú

Rethink health anthropology. A critical and intercultural perspective in the "altiplano" from Puno, Peru

Richar Apaza Vilca¹

¹Universidad Nacional del Altiplano Puno (Perú), Avenida Floral 1153,
email: richievilca@gmail.com

Resumen

En el altiplano de Puno, la medicina tradicional generalmente se asocia con plantas medicinales, y no existe un fundamento suficiente, adecuada y significativa y las diferentes formas de las utilizadas en la medicina convencional, en donde la medicina tradicional y la medicina convencional deben ser complementarias, para lograr esto, es necesario deconstruir el pensamiento positivista, a partir de la reflexión del pensamiento crítico y de la Escuela de Frankfurt. El objetivo de la presente investigación fue aproximar el concepto de la antropología de la salud y hacer visible la medicina tradicional como un conocimiento científico, desde una perspectiva crítica e intercultural. La metodología de investigación fue a través del enfoque cualitativo; tipo básico; nivel descriptivo y cuasi-explicativo; se aplicaron técnicas tales como: el análisis de literatura clásica, actualizada, especializada, y la observación participante de la realidad; los instrumentos utilizados fueron: fichas textuales, fichas de comentario, guía de observación participante y cuaderno de campo. Es evidente que, desde la visión de la antropología crítica, la medicina tradicional se vuelve invisible desde la misma población puneña; todo esto debido a la falta de identidad, la no institucionalización, la pérdida de la práctica ancestral de la medicina tradicional.

Palabras clave: Altiplano, antropología, crítica, interculturalidad, medicina, pensamiento.

Abstract

In the "altiplano" of Puno, traditional medicine is generally associated with medicinal plants, and there is not a sufficient, adequate and significant basis and the different forms from those used in conventional medicine, in where traditional medicine and conventional medicine must be complementary, to achieve this, it is necessary to deconstruct positivist thinking, from the

reflection of critical thinking and the Frankfurt School. The objective of the present investigation was to approximate the concept of the anthropology of health and to make traditional medicine visible as a scientific knowledge, from a critical and intercultural perspective. The research methodology was through the qualitative approach; basic type; descriptive and quasi-explanatory level; techniques such as: the analysis of classic, updated, specialized literature and participant observation of reality were applied; the instruments used were: verbatim cards, comment cards, participant observation guide and field notebook. It is evident that, from the view of critical anthropology, traditional medicine is made invisible from the same “puneña” population; all this due to the lack of identity, non-institutionalization, the loss of the ancestral practice of traditional medicine.

Keywords: *Altiplano, anthropology, criticism, interculturality, medicine, thought.*

1. Introducción

La antropología de la salud se dedica al estudio de todos los aspectos relacionados con las diferentes formas de comprender, vivir y elaborar soluciones frente al proceso de la “salud-enfermedad-atención” (Fernández, 2006) con la cultura y la sociedad. La salud se refiere según la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un estado de completo bienestar físico, mental, social y espiritual (Campos et al., 2019), y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, que advierte Fernández, en donde:

Estar sano o enfermo en las sociedades humanas, no depende sólo de la estructura celular y de los componentes orgánicos del cuerpo, sino que cada cultura decide dar sentido a lo que entiende por salud y enfermedad así como a las estrategias curativas correspondientes. (2019, p. 6)

Es decir, a la salud no solo se debe entender desde una visión del occidente que es estar libre de enfermedades; en el contexto del mundo andino, la salud no solo es la ausencia de una enfermedad, sino, comprende el bienestar socio-cultural, el alma y armonía con la naturaleza. Es donde, se incluye la filosofía del “buen vivir”, al respecto, Alanoca, menciona lo siguiente: “en el contexto andino, se trata de un ‘buen vivir’ basado en la convivialidad, el compartir, la relacionalidad de todo lo que compone la vida, en otras palabras, de un enfoque integral de la vida” (2011, p. 22), todo ello con una visión del respeto mutuo entre el hombre y la naturaleza. En el altiplano de Puno (quechuas y aymaras) tienen una forma distinta de curar una enfermedad, o realizar una ritualidad para el “buen vivir” y estar sanos. Por ende, la interpretación de la salud intercultural es disímil:

Puede ser interpretada de distintas maneras (...), algunas veces es una herramienta útil en los procesos de cambio; en otros momentos resulta ser un campo donde se dirimen los conflictos; y en otros escenarios, es un reconocimiento de dominio y sojuzgamiento de la cultura médica dominante ante los saberes populares subordinados. (Lerín, 2004, p. 116)

Cuando se refiere a la medicina dominante y dominado, se llega a entender que, en la teoría del positivismo, esta tiene una mirada igualitaria, y la medicina convencional está sustentado en esta mirada. Mientras la medicina tradicional, tiene una mirada del empirismo, es decir, es diverso y no igualitaria, se da a través de la experiencia y preserva de generación a generación. La medicina convencional, desde el racionalismo solo ve el cuerpo; por el contrario, la medicina tradicional además del cuerpo toma en cuenta el espíritu, el alma, la magia, la religión, y debe de haber una armonía con el universo.

“Según la Organización de la Naciones Unidas (ONU), hay por lo menos 5 000 grupos indígenas compuestos de unos 370 millones de personas que viven en más de 70 países de cinco continentes” (Alanoca & Apaza, 2018, p. 96). En el Perú los derechos indígenas fueron reconocidos desde el año 1920 y el derecho a la salud es una situación de ética y un derecho a la vida; no obstante, existen grandes brechas de acceso a los servicios de salud intercultural, principalmente de mujeres pobres, campesinas e indígenas (Lucero, 2008); donde siguen siendo invisibilizado por parte del estado y el dominio de la medicina convencional.

“El pensamiento crítico es un pensamiento que tiene propósito (probar un punto, interpretar lo que algo significa, resolver un problema), pero el pensamiento crítico puede ser una tarea colaborativa, no competitiva” (Alanoca, 2016, p. 61), además, el pensamiento crítico y la teoría crítica de la Escuela Frankfurt, auxilia a comprender la importancia del modo de vida cotidiana del Perú profundo, al mismo tiempo, a través de ello es una reivindicación de los pueblos indígenas, amazónicos, y visibilizar los conocimientos de la medicina tradicional con un trato horizontal con la medicina convencional.

2. Metodología

La metodología de investigación fue a través del enfoque cualitativo; tipo básico; nivel descriptivo y cuasi-explicativo; se aplicaron técnicas tales como: el análisis de literatura clásica, actualizada, especializada, y la observación participante de la realidad; los instrumentos utilizados fueron: fichas textuales, fichas de comentario, guía de observación participante y cuaderno de campo.

3. Resultados

3.1. Aproximación conceptual de la antropología de la salud

En una investigación titulado “Antropología médica en América Latina 1990-2015: Una revisión estrictamente provisional”, en este artículo, Menéndez menciona los diferentes abordajes de la antropología de la salud en el contexto latinoamericano:

Alimentación/desnutrición; autoatención/grupos de autoayuda/cuidadores; biomedicina e instituciones biomédicas (incluyendo la industria químico/farmacéutica); cuerpo, subjetividad; curadores tradicionales; emociones, sufrimientos; enfermedades crónico-degenerativas; enfermedades infectocontagiosas (incluye VIH-sida); enfermedades mentales incluidas “adicciones”; enfermedades tradicionales; epidemiología sociocultural; estudios de género y salud; medicinas alternativas y/o complementarias; migración (...); modelos de atención de la salud, pluralismo médico; poder (...); políticas públicas y políticas de salud (incluyendo derechos humanos); salud intercultural; salud reproductiva; violencias. (Menéndez, 2018, p. 464)

En este sentido, además, de la aproximación conceptual de la antropología de la salud, y medicina tradicional y convencional en el contexto altiplano puneño; es necesario abordar, la salud intercultural con una mirada crítica. Es ineludible tener una mirada clara sobre la antropología de la salud, teniendo en cuenta que su abstracción, profundidad y complejidad de ello.

La disertación de la antropología de la salud se remonta desde los estudios realizados por los antropólogos clásicos: Bronislaw Malinowski; Marvin Harris; Lévi-Strauss; Víctor Turner; entre otros; y de los antropólogos contemporáneos, algunos de ellos: Serge Genest; Eduardo Luis Menéndez Spina; Ray Fitzpatrick; Francoise Laplantine. En el contexto del altiplano puneño, Carlos Monge en su investigación “Enfermedad en los Andes” en 1928 se aproximaba para entender la antropología de la salud, además, concibió importantes aportes y debates sobre las condiciones de vida de las poblaciones rurales en ese entonces (Murillo, 2017); posteriormente en 1933 Manuel Nuñez Butron introdujo el movimiento de Rijcharismo, este “movimiento se legitimó en el respeto a la cultura ancestral, en el diálogo intercultural con sus líderes y curadores tradicionales y en su identidad indígena” (Aliaga, 2015, p. 497); por su parte, Pauro et al. (2011), realizaron una investigación relacionado a plantas medicinales y su uso, en las comunidades de Muñani y Suatia de la provincia de Lampa; por otro lado Onofre en (2013) recopiló y sistematizó los conocimientos y prácticas médicas de la cultura aymara; mientras, Apaza et al. (2018), identificaron las diversas formas y prácticas de educación de

control de natalidad, expresadas en el conocimiento y uso de las propiedades de las hierbas y otros, en las poblaciones campesinas de Puno. Sin embargo, las investigaciones en la antropología de la salud desde una perspectiva crítica e intercultural en el contexto del altiplano puneño son parvas.

La antropología de la salud tiene distintas denominaciones: etnomedicina, antropología médica, antropología de la medicina, antropología de la enfermedad; el uso de estos términos es de acuerdo al contexto y su la aplicación de los antropólogos. Desde la perspectiva de Alarcon et al., uno de los que acerces de la antropología:

(...) contribuye tanto a develar y comprender las culturas involucradas en el proceso de atención de salud, como a proporcionar elementos socio antropológicos para apreciar el fenómeno de salud y enfermedad desde su dimensión biológica, social y cultural en un escenario de creciente pluralismo médico que caracteriza a la sociedad contemporánea. (2003, p. 1062)

Del mismo modo, en el espacio andino puneño cada cultura (quechuas y aymaras) como cada tipo de sociedad buscan el tema del “equilibrio emocional”, y sobre todo el modo o estilo de vida saludable no solamente a nivel individual sino familiar y comunitario; y ello se práctica desde tiempos ancestrales. Mientras Esteban sobre la antropología de la salud menciona que nos estamos “en un auge sin precedentes de las tecnologías biomédicas que han abierto nuevas puertas para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, la producción y transformación de alimentos y animales, la concepción humana y la prolongación de la vida” (2007, p. 11). Al respecto Salaverry afirma que la antropología de la salud es:

Una disciplina cuyo objeto ha estado cercano a la práctica médica desde la antigüedad, y que con la actual globalización y la mayor visibilidad de la cultura adquiere una renovada importancia, especialmente para la salud pública, pese a lo cual es prácticamente desconocida para amplios sectores de la medicina contemporánea. (2017, p. 165)

La antropología de la salud en el altiplano puneño juega un papel importante, sobre todo en la medicina tradicional y su práctica en la actualidad sigue vigente. Por consiguiente, es necesario abordar la medicina tradicional y la medicina convencional.

La antropología de la salud es una subdisciplina de la antropología socio-cultural; asimismo, es parte de la antropología biológica; que estudia la salud y enfermedad de cada cultura, y además las diferentes maneras de combatirla y explicarla; es decir, la antropología de la salud tiene que ver con la llamada triada: salud, enfermedad y atención; al respecto, cada pueblo, cada comunidad, cada cultura tienen su propio estilo diferente de comprender la salud y cosmos de ello. Además, sin ser ingenuos es necesario mencionar que en:

La reflexión gramsciana empuja a la antropología médica a observar cuánto de “sano” hay en la “enfermedad” y cuánto de “enfermo” hay en la “salud”, y al mismo tiempo invita a reflexionar sobre la interacción entre bienestar físico y economía política, de forma que muestre cómo en el sistema mundial la salud de algunos es posible por la enfermedad de los otros. (Pizza, 2005, p. 27)

Por lo tanto, la antropología de la salud o médica no solo tiene que ver con salud, enfermedad y atención; sino, es más complejo y se debe reflexionar sobre la interacción entre el bienestar físico y economía política, con una mirada holística.

3.2. Medicina tradicional y la medicina convencional en el altiplano de Puno

Referente a la medicina tradicional y la medicina convencional, es necesario aclarar las posturas que ambas tienen en nuestro contexto. Por ejemplo, la medicina convencional se entiende como una ciencia y praxis de intervención, manipulación y control preocupado por curar y cuidar las personas enfermas, previniendo enfermedades y promoviendo la salud, donde los trabajadores de la salud tratan los síntomas y enfermedades a través de medicamentos, cirugía, etc. Es decir, con una mirada positivista; no obstante, la antropología de la salud “le hizo el juego al paradigma positivista propio de las ciencias biológicas, poco a poco fue contribuyendo a mostrar la construcción cultural de la corporeidad humana, y la variabilidad cultural de la universalidad del proceso salud-enfermedad-atención” (Díaz et al., 2015, p. 657); en donde, la curación de la enfermedad es solo tener el cuerpo “sano”, esta es una perspectiva racionalista.

La OMS menciona que la medicina tradicional: “es el conjunto de prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de prevenir, diagnosticar y tratar las enfermedades”. En la medicina tradicional tiene una mirada: “armonía con el universo”; es decir, una armonía con el espíritu, el alma, la magia, la religión (ritualidad), y la curación o tratamiento de la enfermedad es holístico. La medicina tradicional en la población puneña incorpora elementos rituales y su propia cosmovisión, en donde sus raíces ancestrales siguen vigentes en la actualidad, este saber milenario sobrevivió los fuertes embates de la “civilización moderna”. La medicina tradicional está muy difundida en toda la región, cada comunidad tiene su medicina de acuerdo a su ubicación geográfica. Además, “throughout human history, different cultures in all parts of the world have had their own type of medicine” (Baars & Hamre, 2017, p. 1), es la medicina tradicional y ella se utiliza globalmente y tiene una ligera importancia en los últimos años sobre todo en Corea del Sur, China, Bolivia entre otros países. Por su parte Soria, respecto a la medicina tradicional señala:

La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera a la Medicina Natural y Tradicional, donde se incluye el tratamiento con plantas medicinales, como la medicina más natural, inocua, efectiva, además de tener un costo racional, ser asequible y aceptada por la población. (2018, p. 7)

En la población del altiplano puneño en su mayoría, sobre todo en la zona rural (comunidades campesinas) hasta hoy en día el conjunto de habilidades, creencias y sapiencias sanitarias basados en el uso de las plantas medicinales para sus tratamientos de enfermedades y malestares por el mismo acceso fácil y tradicional. El uso de la medicina tradicional en el altiplano puneño de los quechuas y aymaras tiene un fondo socio-cultural, que no es necesariamente el equivalente al sentido que tiene la medicina convencional. En este sentido el profesional de la salud desea usar una planta medicinal y obvia las explicaciones de la cultura tradicional, porque está formado desde una perspectiva positivista, donde siempre busca explicaciones o principios fotoquímicos, dosis, farmacocinética entre otros obligaciones que la ciencia suele exigir a los fármacos que se comercializan e indican a los pacientes (Vela, 2000).

Generalmente la medicina tradicional se sustenta en el empirismo, esta tiene con el sujeto socio-cultural histórico, a través de la experiencia. La existencia de la enfermedad en algunas comunidades de la región de Puno, es a causa de la violación de una prohibición ritual, esto ya planteó Víctor Turner en (2013), además, para el tratamiento de la enfermedades es necesario conocer el significado y simbología del ritual.

Entonces, es que ambas, tanto la medicina tradicional y la medicina convencional deben ser complementarios con una mirada intercultural, es decir, tener una relación de manera abierta, participativa, equitativa, horizontal, incluyente, practicando el respeto mutuo; además, es necesario que todos los profesionales de la salud tengan en cuenta que el conocimiento empírico es equitativo al conocimiento científico; y la concepción de la enfermedad debe ser objetivo y subjetivo.

3.3. Antropología de la salud intercultural y su importancia

Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU), hay por lo menos 5 000 grupos indígenas a nivel mundial. En el Perú en 2016, según el Viceministerio de Interculturalidad del Ministerio de Cultura existen “55 pueblos indígenas, de los cuales 51 se encuentran en la Amazonía y cuatro en la región andina, hablando diversas lenguas pertenecientes a 19 familias etnolingüísticas incluyendo los pueblos indígenas u originarios en situación de aislamiento o en situación de contacto inicial. Cabe señalar que, en el Perú, los pueblos indígenas u originarios han optado por más de un tipo de organización (comunidades nativas, comunidades campesinas,

parcialidades, entre otros), siendo lo que define a un pueblo indígena u originario los criterios de identificación planteados por la normativa nacional e internacional vigente, tales como: continuidad histórica, conexión territorial, instituciones distintivas y auto-identificación”.

Por ende, Perú es un país multiétnico, multilingüe y pluricultural; debido a ello su práctica en el tratamiento de las enfermedades es diverso, sobre todo desde una perspectiva tradicional. No obstante, la ciencia del Occidente mediante la medicina convencional se ha puesto al servicio y a entender la salud y la enfermedad apoyada en sus propio métodos, técnicas y conocimientos científicos (tecnología); mientras la línea tradicional, abandonada por aquella en el pasado, pero, la medicina tradicional hoy en día en otros espacios es materia de investigación por las ciencias naturales y el uso de las plantas medicinales.

La salud intercultural desde los años 80 mediante organismos supranacionales de alguna manera toma en cuenta, por ejemplo, en la declaración de Alma Ata (1978) menciona que:

Se promueve el Derecho a la Diferencia en Salud, entendido como la responsabilidad del Estado y de sus instituciones de reconocer, respetar y proteger las culturas indígenas y otras minorías étnicas con el objetivo de revertir las evidentes desigualdades que éstas presentan en materias sanitarias respecto a la población no-indígena. (Carreño et al., 2018, p. 12)

Al respecto, en el Perú desde la creación del Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue y la Reunión de Ministros de Salud y Protección Social del área Andina (reuniones anuales) se incorpora la salud intercultural; en el 2004 el Ministerio de la Salud reorganizó sus programas y definió diez Estrategias Sanitarias Nacionales; se estableció una Estrategia Sanitaria de Salud de los Pueblos Indígenas, y otra de Salud Sexual y Reproductiva (sobre todo en la atención del parto vertical), todo ello, mediante el Centro Nacional de Salud Intercultural, que es dependiente del Instituto Nacional de Salud (organismo del Ministerio de Salud especializado en investigación) (Nureña, 2009). De alguna manera se implementa la difusión de la salud intercultural mediante la aprobación de la RM N° 611-2014/MINSA el 12 de agosto del 2014, el Documento Técnico: Dialogo Intercultural en Salud y el ente encargado es el Instituto Nacional de Salud, a través del Centro Nacional de Salud Intercultural; posteriormente, el 2 de abril de 2016 aprueban el Decreto Supremo N° 014-2016-SA referido a la Política Sectorial de Salud Intercultural, en dicho decreto menciona lo siguiente: “a través del dialogo horizontal, la interculturalidad aspira entre otros objetivos, al reconocimiento y valoración de conocimientos y prácticas de salud locales, así como a su incorporación dentro de los sistemas de salud convencionales, contribuyendo a la aceptabilidad de los sistemas de salud y a la consolidación de un sistema más equitativo y participativo”. Al respecto, como se mencionó

algunas de las normativas, en donde se dio una serie de resoluciones, decretos; sin embargo, no repercutió en la población del altiplano de Puno en el tema de la salud intercultural.

Además; desde la academia, “la antropología sobre salud/enfermedad y sus formas de atención entre grupos indígenas daban pistas claras para una posible articulación de saberes que ayudaran a implementar mejor los programas gubernamentales de salud pública en zonas marginadas” (Flores, 2019, p. 100), porque la salud:

Es un ámbito donde se pueden evidenciar con mucha nitidez la gravedad de las consecuencias de la marginación y las inequidades sociales que afectan a las poblaciones indígenas. A la vez, es un área en que los desencuentros culturales evidencian la urgencia de implementar políticas públicas adecuadas para mejorar sus condiciones de vida y salud. (Yon et al., 2017, p. 10)

A pesar de las políticas públicas en el Perú, en la realidad no funciona adecuadamente esta mirada en el contexto de la población del altiplano, es meramente una utopía, la cotidianidad es diferente, tal vez, se debe plantear nuevas políticas públicas referente a la salud intercultural, o la apuesta se encuentra en el tema educativo, o el desconocimiento de la interpretación de la “interculturalidad”. Referente a la interculturalidad en la salud:

El estudio y la atención (...) implique la comprensión y valoración de cada cultura en su ámbito local tanto en su lengua tradicional y alimentación local-regional como en su epidemiología sociocultural (saberes y prácticas de la medicina tradicional o de filiación cultural) y actividad que se realice en su cotidianidad y con base en su contexto geográfico. (Vázquez, 2020, p. 122)

Sabiendo que la salud intercultural es la relación horizontal y mutuo de la medicina tradicional y la medicina convencional; y por medio de ello está la salud, me refiero lo que menciona la Organización Mundial de la Salud, que “la salud es un estado de perfecto bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad”, pero, no todo es color de rosa, sin ser ingenuos, Lain se hace la pregunta que esta definición de la OMS podría guardar “falsedad” y una “utopía” (Lain, 1985), referente a ello es ineludible tomar en cuenta el contexto y la realidad, en donde:

El sistema cultural de salud resalta la dimensión simbólica del entendimiento que se tiene sobre salud e incluye los conocimientos, percepciones y cogniciones utilizadas para definir, clasificar, percibir y explicar la enfermedad. Cada una y todas las culturas poseen conceptos sobre lo que es ser enfermo o saludable. (Langdon & Wiik, 2010, p. 183)

Donde, no en todas culturas (o familias) es parecido y/o similar las prácticas o el uso del conocimiento ancestral en la medicina tradicional, y en ocasiones es necesario el uso de la medicina convencional. Además, “los cambios socioculturales y las nuevas problemáticas de salud exigen, a su vez, un cambio en las culturas profesionales” (Moreno, 2018, p. 114); es decir, la adecuada aplicación de la salud intercultural. Hace tres años la Organización

Panamericana de la Salud (OPS/OMS) aprueban “la inclusión de la variable cultural y étnica en los proyectos de salud de Naciones Unidas supone un verdadero hito en el reconocimiento de las modalidades locales de definición de aflicciones y terapias.” (Fernández, 2019, p. 2); la mirada de la OPS/OMS, de alguna manera visibiliza la medicina tradicional. Por lo tanto, la antropología de la salud intercultural es un tema que hoy en día amerita ser tratado y puesto en práctica en sociedades pluriculturales como la peruana, específicamente en el altiplano puneño.

4.4. Una perspectiva del pensamiento crítico y de la escuela de Frankfurt en la antropología de la salud intercultural

En los pueblos “indígenas”, amazónicos y andinas (quechuas y aymaras) a pesar de la diversa problemática como la marginación, discriminación, opresión y exclusión, aún mantienen viva la cultura milenaria de su sabiduría ancestral. Por ello, es importante fortalecer los saberes ancestrales, buscar espacios de convivencia intercultural, de coordinación, de cooperación y de complementariedad (Fernández, 2010) con ambos sistemas de salud (la medicina natural y la medicina convencional). No obstante, la medicina tradicional es invisibilizada desde las institucionales nacionales, desde la misma población puneña; todo ello por la falta de identidad, la no institucionalización, la pérdida de la práctica ancestral de la medicina tradicional.

El pensamiento crítico nos ayudara entender y visibilizar la importancia de la medicina tradicional en la medicina convencional y su relación mutua de ambos. Desde el pensamiento positivista, esta tiene una mirada igualitaria y la medicina convencional está sustentado en esta mirada, hasta llegó al punto de la dominación. En palabras de Quijano:

A força e a violência são requisitos de toda dominação, mas na sociedade moderna não são exercidas de maneira explícita e direta, pelo menos não de modo contínuo, mas encobertas por estruturas institucionalizadas de autoridade coletiva ou pública e “legitimadas” por ideologias constitutivas das relações intersubjetivas entre os varios setores de interesse e de identidade da população (...) tais estruturas são as que conhecemos como Estado. E a colonialidade do poder, sua mais profunda argamassa legitimatória. (2002, p. 9)

Sin duda, la dominación sigue presente, a través de políticas, de la academia, ideologías e indirectamente; que todo del occidente es “bueno”, donde algunas veces el conocimiento local o la sabiduría en la medicina tradicional es invisibilizada, de manera que, se llega al epistemicidio por la falta de reconocimiento del pluralismo epistémico muchas veces. El modelo medico hegemónico, cumplió y cumple funciones curativo/preventivas, pero también funciones de control, de normalización y de legitimación; además, este modelo excluye y/o limita la incorporación de los factores socio-culturales en la explicación de la etiología de las enfermedades y en sus soluciones (Menéndez, 1985); en el contexto del altiplano puneño, la

salud no solo es la ausencia de una enfermedad, sino, comprende el bienestar socio cultural, el alma y armonía con la naturaleza en donde los quechuas y aymaras tienen una forma distinta de curar una enfermedad, o realizar una ritualidad para el “buen vivir” y estar sanos.

Además, en el tema del conocimiento a nivel académico y la sabiduría en la salud intercultural; en la perspectiva de Boaventura De Sousa Santos (2010) cuando se refiere del conocimiento, esta puede ser universal y local-temporal, en esta última, está la medicina tradicional. La pesquisa y la construcción del conocimiento requieren del vínculo de los sentimientos, desde espacios no institucionalizados (Di Caudo et al., 2016); y es sustancial el redescubrimiento del reconocimiento de la medicina tradicional como “otro”. La medicina tradicional y la medicina convencional deben ser complementarios y para llegar a ello, como menciona Jacques Derrida (1930-2004), es necesario deconstruir la lógica moderna (Krieger, 2004), la educación formal del occidente; ya que cada pueblo tiene una ontología epistemológica (Escobar, 2014, 2016), cada pueblo tiene su sabiduría propia para curar una enfermedad; además, Marcuse expone que la sabiduría es parte del conocimiento científico al igual que Morín (2005) la ciencia con conciencia, Morín habla del pensamiento simple y el pensamiento complejo, en la primera tiene que ver con la omnisciencia, se relacionada con la medicina convencional; y la segunda tiene que ver con la ciencia con conciencia, ello, tiene una relación y/o mirada con la medicina tradicional.

Por otro lado, la Escuela de Frankfurt tiene una trayectoria esencial dentro de las ciencias sociales y la filosofía crítica, y nos auxilia entender la antropología de la salud intercultural; los exponentes más principales de esta escuela son de distintas disciplinas, mencionamos algunos de ellos: Theodor Adorno, Walter Benjamín, Max Horkheimer, Herbert Marcuse, Jürgen Habermas, Erich Fromm, Albrecht Wellmer, Axel Honneth entre otros. Ninguno de estos grandes exponentes habló sobre la salud intercultural, no obstante, sus miradas críticas nos ayudan a entender mejor sobre la temática; sobre todo Habermas, quien ha avanzado una propuesta teórica más adecuada hasta el punto de haber innovado por completo el tema de la teoría crítica original.

Habermas (1987) relacionando con la salud intercultural, mediante su teoría de la “Acción comunicativa”, esta acción social para nuestro contexto es la relación mutua del médico “indígena” y el paciente mediante el fonocentrismo; para Habermas en el lenguaje existe el logocentrismo y el fonocentrismo, en el primero se ve al lenguaje como un signo, mientras el fonocentrismo es el sentido y significado del lenguaje a partir de esta última el médico

“indígena” comprende o traduce la enfermedad de su paciente. Nos apoyamos en la mirada de Ferdinand De Saussure, donde diferencia claramente que la “lengua no se confunde con el lenguaje: la lengua no es más que una determinada parte del lenguaje”, porque “el lenguaje tiene un lado individual y un lado social, y no se puede concebir el uno sin el otro” (De Saussure, 1945, pp. 36–37), al referirnos del lenguaje específicamente tenemos que tener en cuenta en el significado y el significante (Cárdenas, 2017), en el primero, relacionando con la medicina tradicional, es la experiencia histórica del uso y manejo de la medicina natural en el altiplano puneño; empero, el significante se refiere a los signos, es algo universal o convencional. De todo ello, Claude Lévi-Strauss (1908-2009) menciona que existe la traducción literal y cultural, esta última es el significado y sentido del lenguaje, si se traduce mal es una contaminación, es decir, la medicina convencional o hasta la medicina tradicional no pueden llegar a curar una enfermedad, porque la enfermedad en los quechuas y aymaras es un asunto cultural; además, la importante para dicha traducción cultural y conocer la verdadera historia de un pueblo es mediante el idioma materno (Bonfil, 1990).

Por lo tanto, mediante la presente investigación es repensar y recrear las siguientes miradas (ver Figura 1) para una adecuada aplicación y entendimiento en la cotidianidad de la medicina tradicional como: el idioma dominante-materno; educación formal-sabiduría; significante-significado; experimento-experiencia; logocentrismo-fonocentrismo; traducción cultural-litera; todo ello en el contexto del mundo andino (de quechuas y aymaras) una mala interpretación se llega a la contaminación, sobre todo de parte de la medicina convencional.

Figura 1

Esquema comparativo entre dos sistemas de salud mediante diferentes pensamientos.

Pensamientos	Medicina convencional	Medicina tradicional
J. Habermas	• Logocentrismo.	• Fonocentrismo.
F. Saussure	• Significante.	• Significado.
C. Lévi-Strauss	• Traducción literal.	• Traducción cultural.
G. Bonfil	• Idioma dominante – Historia oficial.	• Idioma del pueblo (materno) – Historia verdadera.
E. Morin	• El pensamiento simple – La omnisciencia.	• El pensamiento complejo – La ciencia con conciencia.

B. de S. Santos	<ul style="list-style-type: none">• Conocimiento Universal.• Educación formal	<ul style="list-style-type: none">• Conocimiento Local-Temporal.• Sabiduría (conocimiento tradicional).
Academia	<ul style="list-style-type: none">(conocimiento convencional).• Experimento.	<ul style="list-style-type: none">• Experiencia.

Fuente: Elaboración propia (2020)

Conclusiones

1. La antropología de la salud en el altiplano puneño juega un papel importante, sobre todo en la medicina tradicional y su práctica en la actualidad sigue vigente. La antropología de la salud no solo tiene que ver con salud, enfermedad y atención; sino, es más complejo y se debe reflexionar sobre la interacción entre el bienestar físico y economía política, con una mirada holística.
2. La medicina tradicional y la medicina convencional deben ser complementarios con una mirada intercultural, es decir, tener una relación de manera abierta, participativa, equitativa, horizontal, incluyente, practicando el respeto mutuo. Y es necesario que todos los profesionales de la salud tengan en cuenta que el conocimiento empírico es equitativo al conocimiento científico; y la concepción de la enfermedad debe ser objetivo y subjetivo.
3. La antropología de la salud intercultural es un tema que hoy en día amerita ser tratado y puesto en práctica en sociedades pluriculturales como la peruana, específicamente en el altiplano puneño, para comprender el enfoque intercultural de la salud, y generar una sociedad más justa y democrática reconociendo la sabiduría del pueblo.
4. El pensamiento crítico y la Escuela de Frankfurt nos ayuda a entender y visibilizar la importancia de la medicina tradicional en la medicina convencional y su relación mutua de ambos; relacionando con los distintitos miradas y pensamientos, para una adecuada aplicación y entendimiento en la cotidianidad de la medicina tradicional en la medicina convencional.

Agradecimiento

Quiero expresar mi agradecimiento a la Dra. Young Mi Lee por su valiosa enseñanza en el tema de la Antropología de la Salud Intercultural, y al Dr. Vicente Alanoca Arocutipa por brindarme su conocimiento sobre la trama del Pensamiento Crítico.

Referencias bibliográficas

- Alanoca, V. (2011). *La representación de la categoría del Suma Qamaña “Buen Vivir” en la cultura aimara* (Tesis de maestría). Universidad Nacional del Altiplano - Puno, Perú.
- Alanoca, V. (2016). El desarrollo del pensamiento crítico en el altiplano de Puno. *Comuni@cción*, 7(2), 60–68.
- Alanoca, V., & Apaza, J. (2018). Saberes de protección ambiental y discriminación en las comunidades de aymaras de Ilave. *Revista de Investigaciones Altoandinas*, 20(1), 95–108.
- Alarcon, A. M., Vidal, A., & Neira, J. (2003). Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Revista Médica de Chile*, 131, 1061–1065.
- Aliaga, G. (2015). El Rijcharismo en el Altiplano peruano como una experiencia pionera de salud intercultural en América. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(3), 497–509.
- Apaza, J., Inquilla, J., Alanoca, V., & Cutipa, G. (2018). Educación sobre control de natalidad de las poblaciones campesinas y las políticas de esterilizaciones en Puno. *Comuni@cción*, 9(1), 14–24.
- Baars, E. W., & Hamre, H. J. (2017). Whole Medical Systems versus the System of Conventional Biomedicine: A Critical, Narrative Review of Similarities, Differences, and Factors That Promote the Integration Process. *Hindawi Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 1–13.
- Bonfil, G. (1990). *México profundo. Una civilización negada*. México: Grijalbo.
- Campos, M., Mejía, E., & Vargas, S. J. (2019). Significados en torno a la salud desde la práctica de la medicina tradicional: Una contribución a la formación de profesionales en psicología para el diálogo intercultural. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 12(1), 49–60.
- Cárdenas, V. (2017). Releyendo a Ferdinand De Saussure: El signo lingüístico. *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales - Universidad Nacional de Jujuy*, 51, 27–38.
- Carreño, A., Cabieses, B., Obach, A., & Pérez, C. (2018). Migraciones y mestizajes: conceptos y debates para la aproximación teórica a la salud en contextos interculturales. *Cuadernos*

Médico Sociales (Chile), 58(4), 7–17.

De Saussure, F. (1945). *Curso de lingüística general* (24 edición). Buenos Aires, Argentina: Losada.

Di Caudo, M. V., Llanos, D., & Ospina, M. C. (Eds.). (2016). *Interculturalidad y educación desde el Sur. Contextos, experiencias y voces*. Quito, Ecuador: Universidad Politécnica Salesiana.

Díaz, Z., Aguilar, T., & Linares, X. (2015). La antropología médica aplicada a la salud pública. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(4), 655–665.

Escobar, A. (2014). *Sentipensar con la tierra. Nuevas lecturas sobre desarrollo, territorio y diferencia*. Medellín, Colombia: Universidad Autónoma Latinoamericana.

Escobar, A. (2016). Sentipensar con la Tierra: Las Luchas Territoriales y la Dimensión Ontológica de las Epistemologías del Sur. *Revista de Antropología Iberoamericana*, 11(1), 11–32.

Esteban, M. L. (Ed.). (2007). *Introducción a la antropología de la salud. Aplicaciones teóricas y prácticas*. Bilbao, España: OSALDE: Asociación por el derecho a la salud.

Fernández, G. (Ed.). (2006). *Salud e interculturalidad en América Latina: Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito, Ecuador: Ediciones Abya-Yala.

Fernández, G. (Ed.). (2010). *Salud, interculturalidad y derechos. Claves para la reconstrucción del Sumak Kawsay-Buen Vivir*. Quito: Ministerio de Salud Pública.

Fernández, G. (2019). Culturas, etnicidades y aflicciones. Perspectivas amerindias en la salud intercultural. *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, 71(1), 1–11.

Flores, D. (2019). La Organización Social de Salud de Médicos Indígenas Tradicionales y la crisis de la tradición Tének de la Huasteca potosina. *Desacatos*, 59, 98–113.

Habermas, J. (1987). *Teoría de la acción comunicativa: Crítica de la razón funcionalista: Vol. II*. Madrid: Taurus.

Krieger, P. (2004). La deconstrucción de Jacques Derrida (1930-2004). *Anales del Instituto de Investigaciones Estéticas*, 84, 179–188.

Lain, P. (1985). *Antropología médica para clínicos*. Barcelona: Salvat Editores.

- Langdon, E. J., & Wiik, F. B. (2010). Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(3), 177–185.
- Lerín, S. (2004). Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta. *Desacatos*, 15–16, 111–125.
- Lucero, V. M. del C. (Ed.). (2008). *Antecedentes, situación actual y perspectivas de la salud intercultural en América Latina*. Nicaragua: Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense.
- Menéndez, E. L. (1985). Aproximación crítica al desarrollo de la antropología médica en América Latina. *Nueva Antropología*, 7(28), 11–28.
- Menéndez, E. L. (2018). Antropología médica en América Latina 1990-2015: Una revisión estrictamente provisional. *Salud Colectiva*, 4(3), 461–481.
- Moreno, M. (2018). Hacia una antropología del cuidar. *Index de Enfermería*, 27(3), 113–114.
- Morin, E. (2005). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.
- Murillo, J. P. (2017). Entre la aclimatación a la altura, la antropología médica y la utopía civilizatoria. Cartografía de la evolución del pensamiento de Carlos Monge Medrano sobre el proceso salud-enfermedad de poblaciones andinas. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 34(2), 280–286.
- Nureña, C. R. (2009). Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: la atención del parto vertical. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 26(4), 368–376.
- Onofre, L. D. (2013). Medicina tradicional Aimara - Perú. *Comuni@cción*, 4(1), 46–56.
- Pauro, J. J., Gonzáles, F., Gamarra, B. M., Pauro, J. R., Mamani, F., & Huerta, R. B. (2011). Plantas alimenticias, medicinales y biocidas de las comunidades de Muñani y Suatia, Provincia de Lampa (Puno-Perú). *Ecología Aplicada*, 10(1), 41–49.
- Pizza, G. (2005). Antonio Gramsci y la antropología médica contemporánea. Hegemonía, “capacidad de actuar” (agency) y transformaciones de la persona. *Revista de Antropología Social*, 14, 15–32.
- Quijano, A. (2002). Colonialidade, poder, globalizaçãõ e democracia. *Novos Rumos*, 37, 4–28.

- Salaverry, O. (2017). Antropología de la salud: Una mirada actual. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 34(2), 165–166.
- Santos, B. de S. (2010). *Descolonizar el saber, reinventar el poder*. Montevideo: Trilce.
- Soria, N. (2018). Las Plantas Medicinales y su aplicación en la Salud Pública. *Revista Salud Pública del Paraguay*, 8(1), 7–8.
- Turner, V. (2013). *La selva de los símbolos. Aspectos del ritual Ndembu*. México: Siglo Veintiuno Editores.
- Vázquez, L. (2020). Cuerpos envejecidos en corporalidades rarámuri. Entre la cotidianidad y la exclusión social de un grupo étnico del norte de México. *Revista Corpo-grafías: Estudios críticos de y desde los cuerpos*, 7(7), 117–129.
- Vela, A. (Ed.). (2000). *Manual de plantas medicinales*. Arequipa, Perú: Proyecto Piloto de Apoyo a la Reforma del Sector Salud en Arequipa PARSSA; Ministerio de Salud - Dirección de Salud Arequipa; Cooperación Unión Europea - Perú.
- Yon, C. J., Salas, R., & Portugal, T. (2017). *Informe final del proyecto: Salud indígena, inequidades sociales e interculturalidad: Investigación y evaluación crítica de intervenciones implementadas en el Perú* .