

El cuidado cultural de la salud en clave Institucional

Cultural health care from an institutional key

Mg. Yago Hernán Bolzan

Tesista doctoral del Laboratorio de Investigaciones en Etnografía Aplicada (LINEA-UNLP), Máster Universitario en Investigación en Cuidados de la Salud (Universidad de Cantabria), Profesor de la Escuela Superior de Enfermería "Cecilia Grierson", Lic. en Enfermería (UBA).

yagobolzan@gmail.com

Eje temático: Modelos de atención centrados en las personas, familias, comunidad.

Resumen

El Barrio Mugica o Villa 31, refleja las tensiones que proponen las corrientes migratorias en torno a los cuidados en salud. Surgido como espacio de residencia transitoria en la Ciudad de Buenos Aires, se consolidó con estructuras estables y un modo de vida propio, albergando a migrantes en busca de mejores oportunidades. En este contexto, el cuidado de la salud se entiende como una práctica cultural vinculada tanto al origen individual como a la socialización en la comunidad. Se organiza en tres dimensiones: profesional, tradicional y popular. El sistema profesional responde al modelo biomédico, con normas institucionales y prestigio social, mientras que el tradicional incorpora prácticas religiosas, espirituales y holísticas, desarrolladas por curanderos, parteras o chamanes. Por su parte, el sistema popular se sustenta en la automedicación, los consejos familiares y el sincretismo entre medicinas científicas y tradicionales. Estas formas conviven y se articulan en la vida cotidiana, mostrando que la medicina profesional es solo una opción entre muchas. Las instituciones de salud, como fragmentos de la sociedad, reproducen normas culturales, pero también son atravesadas por la diversidad migratoria que introduce otras formas de cuidado. Las dificultades de acceso, los costos y las barreras culturales llevan a que los habitantes del barrio recurran a distintas alternativas terapéuticas. Ante esta realidad, la mediación y la competencia intercultural se presentan como herramientas clave. Favorecen el acceso equitativo, reducen barreras lingüísticas, promueven el

reconocimiento de saberes diversos y fortalecen la relación entre instituciones y usuarios, permitiendo un intercambio enriquecedor y más inclusivo en el cuidado de la salud.

Palabras clave: Migración, Cuidados culturales, Instituciones, Competencias culturales.

ABSTRACT

The Mugica neighborhood, or Villa 31, reflects the tensions caused by migratory flows with regard to healthcare. Emerging as a temporary residence in the city of Buenos Aires, it consolidated itself with stable structures and its own way of life, sheltering migrants in search of better opportunities. In this context, health is understood as a cultural practice linked to both individual origins and socialization in the community. Health care is organized in three dimensions: professional, traditional, and popular. The professional system follows the biomedical model, with institutional norms and social prestige, while the traditional system incorporates religious, spiritual, and holistic practices developed by healers, midwives, or shamans. For its part, the popular system is based on self-medication, family advice, and syncretism between scientific and traditional medicines. These forms coexist and are articulated in everyday life, showing that professional medicine is only one option among many. Health institutions, as fragments of society, reproduce cultural norms, but they are also affected by migratory diversity, which introduces other forms of care. Difficulties in access, costs, and cultural barriers lead neighborhood residents to resort to different therapeutic alternatives. Given this reality, mediation and intercultural competence are key tools. They promote equitable access, reduce language barriers, encourage recognition of diverse knowledge, and strengthen the relationship between institutions and users, enabling a more enriching and inclusive exchange in healthcare.

Keywords: Migration, Cultural care, Institutions, Cultural competencies.

En el barrio Mugica

Las personas que viven o trabajan fuera de ella, no siempre la conocen más que por los medios de prensa. Pasan con cautela ante esas construcciones de ladrillos, con frentes planos y algunos coloridos, que acumulan en sus techos, chapas, maderas y caños. Sin embargo, a pocos metros del centro, la villa es parte de la vida cotidiana de la Ciudad de Buenos Aires. El eufemismo oficial la denomina “barrio de emergencia”, como augurándole transitoriedad. De hecho, antes las villas se consideraban de paso. Hoy en día las estructuras de materiales y la urbanización demuestran lo contrario, dando lugar a un modo de vida particular dentro de la ciudad. Hugo Ratier (1973) dice de forma visceral pero acertada, que “la villa mantiene a la misma ciudad que la generó y margina”, y que cada equis cantidad de tiempo se planea erradicar (p.9). Como en otras latitudes: *favelas* en Brasil, *chabolas* en España, los *baraccopoli* en Italia o las *bidonville* en Francia, las villas son parte de la solución al problema habitacional dentro de una gran capital. Son construcciones atípicas que no responden a las pautas clásicas del urbanismo. Hay pasillos internos, esquinas sin ochavas que limitan el campo visual.

Puertas con rejas que se abren hacia afuera y escaleras helicoidales que conectan la superficie con los pisos superiores.

Vecino del impoluto y gigantesco hotel de la cadena Sheraton, el barrio Padre Mugica, conocido también como Villa 31 se sitúa junto al puerto, el ferrocarril y la terminal de buses. Se consolidó, a pocos metros del hotel de los inmigrantes, en ese “crisol de razas” que marcaría el perfil de la Ciudad de Buenos Aires. Ubicada en el barrio de la Recoleta y sucesora de los conventillos, el barrio Mugica alberga históricamente a foráneos en busca de una mejor vida, proveyéndoles albergue y socialización. Como otros atributos culturales, el cuidado de la salud forma parte identitaria de una ontología migratoria, que se articula con el origen del propio individuo y con su vínculo entre pares. Sin embargo, el modo imbricado en que los migrantes cuidan de su salud, genera un vínculo particular con las instituciones sanitarias.

CUIDADOS CULTURALES

Cuando hablamos sobre el cuidado de la salud en una ciudad, hay que tener en cuenta que existen múltiples perspectivas en los modos de llevarlo a cabo. Son en las instituciones, donde esta diversidad emerge como una realidad microsocial. Si partimos del individuo, podemos afirmar que el primero en diagnosticarse es uno mismo. Realizamos una valoración del malestar y la región del cuerpo afectada con mayor o menor acierto, en base a los conocimientos sobre el tema. Por ejemplo, ante un dolor de cabeza se puede especular de mil formas distintas: “debe ser la presión”, “los nervios”, “la cervical”, “lo que comí anoche” o “la ojeadura”. Es a partir de esto que el sujeto deviene en paciente.

Luego se presentan una serie de opciones. Dependiendo de la gravedad del asunto, se recurre a una amplia gama de intervenciones. Desde la automedicación directa hasta la guiada por internet, por una pareja, familiar, amigo, vecino. Otra fuente suele ser quien tuvo el mismo padecimiento o algún trabajador de la salud cercano. Pero si de todos ellos, nadie acierta, existe una posibilidad más antes de “caer a una guardia o consultorio”. Nunca falta una farmacia bien predispuesta las 24 horas, o quien desde su humilde botica ofrezca plantas y preparados. Ahora bien, si ninguno de los intervinientes logra una mejoría o el paciente empeora, se dirigirá al centro de salud u hospital. De esta forma, los cuidados de la salud se pueden sistematizar en tres dimensiones: profesional o científica, tradicional y popular.

El sistema de cuidados profesional es el propio de la medicina científica. Su alto prestigio social se debe a la inversión que se le destina y a que sus derechos y obligaciones se encuentran legislados de manera detallada (Helman, 1998). Posee normas y reglas propias que han asignado roles dentro de la estructura social, donde la hegemonía del saber reside en el profesional recibido y matriculado (Preciado, 2008). Del mismo modo, este sistema constituye una cultura propia, forjada desde la formación académica bajo un modelo biomédico y edificada en los centros de salud y hospitales. Como consecuencia, una vez que el profesional se encuentre dentro del ámbito laboral, habrá forjado un sistema cultural propio que se manifestará en la forma en

que se percibirá y será percibido por el paciente. Además, en el cotidiano, su atención estará sujeta a reglas institucionales ajustadas a días, horarios, modos de acceso y procedimientos.

El sistema de cuidados tradicional parte de una concepción sagrada o secular (o de una mezcla de ambas), encontrándose figuras tales como curanderos, parteras (o matronas), herboristas, clarividentes o chamanes. En ella se mezclan elementos que se suelen analizar por fuera de las metrópolis, donde se supone que sucede con mayor pureza (Ratier, 1972). En este sentido es un sistema heterogéneo, tanto en lo que respecta a los individuos que lo practican como a la perspectiva que se tiene del mismo. Sin embargo, en ocasiones, se articula con la procedencia de los sujetos, bajo un mismo lenguaje, reglas, códigos, conductas y formas de relacionarse. En este sistema el paciente comparte una perspectiva sobre la visión del mundo, el significado de los padecimientos y su tratamiento. El abordaje de la problemática será holístico, por lo que se relacionarán todos los aspectos de la vida del individuo, incluida la proximidad con otras personas, el entorno en el que se encuentra, las “fuerzas” sobrenaturales, los aspectos físicos y emocionales (Helman, 1998). Podemos hablar de una salud, medicina o cuidado tradicional, cuando sucede de larga data y, aun así, escapa a los cánones de la medicina científica. Sin embargo, en la cultura popular los cuidados profesionales y tradicionales se encuentran.

En este sentido, el sistema de cuidados popular abarca el auto-tratamiento o auto-medicación, el consejo recibido por un familiar, amigo, vecino o conocido, o bien otra persona que haya tenido una experiencia similar por haber transitado la misma problemática (Helman, 1998). En este sistema, el entorno es el primero en reconocer y realizar el cuidado inmediato en el hogar, para luego actuar en consecuencia según consideren la gravedad de la dolencia (Pasarín, 2011). Las prácticas dentro del sistema popular se estructuran en torno a la oferta terapéutica y a su red social (Helman, 1998). Este sistema incluirá todas las opciones terapéuticas que la persona utiliza dentro y fuera de las instituciones sanitarias. Es por ello, que, en este tipo de prácticas de cuidado, se puede mezclar los cuidados tradicionales y científicos. Puede ser tan poderosa la figura del Gauchito Gil o de San Expedito, como las hierbas frescas para el tereré o un comprimido de un laboratorio. Todos funcionan en una suerte de sincretismo que posibilita la prevención, la cura, la recuperación, o la muerte digna. En este tipo de medicina se puede mezclar los componentes: mágico, religioso, natural y científico. Muchas veces practicándose en simultáneo.

Como se ve, existe una amplia forma de cuidar la salud, cada una con su particularidad. De hecho, mal que nos pese, a quienes nos formamos en ciencias de la salud, somos una opción más. Aunque existe una gran confianza en sistema profesional, hay prácticas que se suelen evitar. Dando lugar a una diversidad de otros consumos, sistematizados en una cultura tradicional y popular. Las prácticas son amplias y el paciente moja sus pies en fuentes muy diversas. Tal es así que muchas expresiones que se reproducen en las consultas poseen tintes mágicos, como son: “sacar” un dolor o “quitar” tal molestia. La enfermedad es percibida como algo extraño y ajeno, que pone al sujeto dentro de ciertos límites.

No obstante, con el cuidado existe un sincretismo de las formas, basado en universo conceptual más amplio. Posee un carácter objetivo y subjetivo. Las medicinas de laboratorio y las naturales, demostradas a través de la evidencia empírica y/o científica, conforman el carácter objetivo. Mientras que el aspecto psíquico e interpretativo de la salud y la enfermedad, constituye el carácter subjetivo. Podemos hablar tanto sobre el individuo sano como enfermo: a través del cuidado se previene la enfermedad, pero además se recupera la salud, como así también se tiene una muerte digna.

Las instituciones

Cada institución puede ser considerada como un fragmento especializado y dinámico de la sociedad global. Es decir, el centro no está en el individuo, sino en el acto realizado por el individuo cuando se vincula con un otro frente a su propio proceso terapéutico. Es mediante este acto, que la lógica del componente cultural del cuidado de la salud emerge y se transmite entre las personas. Cada uno, con su historia personal se inserta en diversas instituciones que lo definen y son definidas por los sujetos. De modo, que el cuidado de la salud se recrea a través de las instituciones que remiten a un sistema cultural, histórico y político en que está inserto.

Una institución se expresa a través de sus grupos y justifica su existencia en ciertos fines y metas comunes entre sus miembros. En este sentido, las instituciones sanitarias aluden a normas y leyes que representan valores culturales y buscan pautar el comportamiento de los pacientes. Si bien, los centros de salud en su integralidad no son idénticos ni dentro ni fuera del Barrio Mugica. El universo real y simbólico que se hace de ellos y de sus trabajadores, está ligado a un tipo de medicina, la biológica-científica. En donde el sujeto es puesto dentro del dispositivo del modelo biomédico y ajustado a sus modos institucionales. En paralelo, las distintas colectividades migratorias comprenden su propia institución, reflejada en la diversidad en las prácticas de cuidado. Dichas prácticas y creencias en torno al cuidado se ajustan al trasfondo de una cultura, con códigos lingüísticos y simbólicos distintos al científico.

Cada institución bajo su propia identificación moldea sus condiciones de realidad en un mismo espacio. Y aunque dentro del Barrio Mugica, haya centros de salud y hospitales cerca, la dificultad en el acceso genera que las opciones sean más amplias a la hora de atenderse. Si, además, se le suma la merma en los ingresos, el encarecimiento de los costos en salud y la prohibición de atenderse, no es raro que recurran a la medicina tradicional o popular. Por eso, las alternativas terapéuticas son un elemento de ruptura entre las ciencias médicas. El aspecto tradicional y popular en el cuidado de la salud, se mueve dentro de una estructura jerárquica de distribución desigual del poder, en el que las migraciones plantean una diversidad de prácticas. Como afirma Cora Escolar (2000): “las instituciones no son un simple amplificador de la ideología dominante, al que los sujetos se “someten” en cuanto son interpelados por ella” (p.30). De hecho, ningún individuo está condicionado (a priori) a ir a un hospital o centro de salud. Cuando se trata del cuidado de la salud, cada sujeto

se encuentra inserto simultáneamente en diversas instituciones que le crean la historia personal, singular y que sostiene en su actuar cotidiano. Es esa historia personal la que determinará la manera en que se inserta en las instituciones y la manera en que él incidirá en la construcción de otra institución.

Existe entonces, una estrecha vinculación entre individuo-institución-sociedad que no es la subordinación de ninguno sobre el otro. En la medida en que los individuos se identifican con los fines de la institución aceptándolos como válidos, en esa medida la institución existe y se reproduce. Sin embargo, en cuanto cada individuo imprime su historia personal y su vinculación con otras instituciones, sucede algo diferente y, por lo tanto, siempre será creación-producción de algo nuevo. El movimiento dentro de las instituciones es necesario, y surge del conflicto que dan la producción y creación de nuevas formas. A la vez, es también lo que permitirá un cambio en la dinámica establecida (Cora, 2000).

Aportes para un cambio institucional

Tal como se ve, el Barrio Mugica es un sitio que refleja una perspectiva cultural de los cuidados. Estas perspectivas se practican, pero quedan ocultas en el modelo de salud imperante bajo una cultura médica científica. Debido que, tanto allí como en el sistema de salud de la Ciudad de Buenos Aires, se recrean constantemente ciertos conflictos vinculados a la atención de poblaciones migrantes. La adquisición de competencias culturales funciona como un facilitador en el acceso a la salud y en la comprensión de diversas pautas de cuidado. Para ello, el primer paso puede ser adecuar las prácticas a un modelo intercultural para la atención de usuarios migrantes.

En esta línea, la mediación intercultural se sitúa como un facilitador en diferentes sentidos. En primer lugar, al acceso normalizado y en igualdad de condiciones a personas de otros orígenes culturales, para evitar situaciones de discriminación en el uso de los recursos. En segundo lugar, favorece la reducción de barreras lingüísticas y culturales, el asesoramiento y formación de los profesionales sobre las características de los diversos colectivos culturales, además de mejorar la comunicación entre los actores implicados para que puedan entender las respectivas visiones culturales de la salud, enfermedad y el cuidado. En tercer lugar, la mediación intercultural, fomenta el empoderamiento de los usuarios, la identificación y el trabajo sobre los prejuicios y estereotipos de ambas partes y actúa sobre la prevención y resolución de los conflictos causados por la diferencia cultural (Navarro, 2010). Y si bien esta debe ser una habilidad profesional fundamental, no resulta menos importante la incorporación de una tercera persona para llegar a un mejor acuerdo entre las partes.

No obstante, el desarrollo de competencias en la diversidad cultural por parte de los profesionales, puede ser un principio integrador de un otro en la construcción de opciones futuras. Dentro del ámbito de la salud, la competencia cultural facilita el trabajo con personas y grupos culturalmente diversos. Siendo las migraciones una exposición clara de interculturalidad, tanto por el rigor y la conflictividad de las fronteras

físicas y simbólicas como por la reconstrucción de una dinámica identitaria en su relación con la sociedad “receptora” (Caggiano, 2007). De modo que con la competencia cultural se han adquirido conocimientos y habilidades de las diversas prácticas y creencias emergentes de un saber popular y/o tradicional que ciertos grupos migratorios aún conservan (Siles, 2001).

Por lo tanto, con el objetivo de generar un mayor y mejor intercambio con las diversas culturas, las instituciones deben trabajar para promover un enfoque intercultural que contribuya, entre otros aspectos, a eliminar las barreras de acceso a los servicios y mejorar los resultados de salud de los diversos pueblos, reconociendo, entre otras cosas, su visión sobre el cuidado (OPS, 2017). En definitiva, la diversidad cultural no debe ser concebida de una manera estática. No hay duda de que a través de las culturas se han elaborado las prácticas y creencias en el cuidado de la salud de manera diferente debido a las propiedades particulares del medio. Pero ha sido en la interacción con las demás culturas, lo que ha permitido un intercambio y enriquecimiento de los cuidados en salud (Blanco, 2000). Por eso, recuperar el valor múltiple de los cuidados es un modo de reconstruir una realidad multifacética en el campo de la salud.

Conclusión

En síntesis, el Barrio Mugica constituye un ejemplo paradigmático de cómo la salud no puede comprenderse de manera aislada del contexto social, cultural y migratorio. Allí, los cuidados se despliegan en un entramado que combina lo profesional, lo tradicional y lo popular, reflejando un sincretismo que responde tanto a la historia personal de los sujetos como a las instituciones que los rodean. Este escenario pone en evidencia que la medicina científica, aunque central, convive con múltiples prácticas de cuidado igualmente significativas para la población. Por eso, promover un enfoque intercultural en salud no solo implica reconocer esta diversidad, sino también integrarla activamente en los servicios para garantizar un acceso más equitativo, respetuoso y efectivo. De este modo, la incorporación de competencias culturales y la mediación intercultural se convierten en herramientas indispensables para reducir desigualdades, mejorar la comunicación entre profesionales y usuarios, y construir instituciones más inclusivas y sensibles a la pluralidad de experiencias en torno a la salud y el cuidado.

BIBLIOGRAFIA

- Caggiano S (2007). Racismos y nación ante la inmigración. *Oficios Terrestres* 19, 10-23.
- Escolar, C. (2000). La recuperación del análisis institucional como perspectiva teórico-metodológica. En *Topografías de la investigación. Métodos, espacios y prácticas profesionales*. Eudeba. Buenos Aires. (Selección: páginas 29 a 34).
- Helman CG. (1998) *Culture, Health and Illness*. 3ª. Butterworth Heinemann, editor. Culture, Health and Illness. London; 1-429 p.
- Hooley J. (2019) *Urbanización y representación: Un vistazo a cómo Villa 31 en Buenos Aires ha sido representado a través de mapas en la historia reciente* [Internet]. Disponible en:
<https://storymaps.arcgis.com/stories/4e37adcc3cc84679b235cb75fb5ab030>
- Menéndez, E (2002). *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*. Bellaterra, Barcelona.

- Navarro, S. G., Armeijach, M. J., & Costa, X. C. (2010). Interculturalidad y salud: Una mirada para entender la diversidad (1ª). Viguera.
- OPS (2017). Política sobre etnicidad y salud. En: 29ª Conferencia Panamericana Sanitaria. p. 1-33.
- Pasarin L. (2011) Itinerarios terapéuticos y redes sociales: actores y elementos que direccionan los procesos salud/ enfermedad/ atención. Los aportes del análisis redes Soc a la Psicol;1-17.
- Preciado MM (2008). El cuidado del otro. Un estudio sobre la relación enfermera/paciente inmigrado. 1ª. Barcelona; 1-289 p.
- Ratier, H. (1972) La medicina popular. Centro editor de América Latina.
- Ratier, H. (1973) Villeros y villas miseria. Centro editor de América Latina.
- Siles J, Cibanal L, Vizcaya F, Gabaldón E, Dominguez JM, Solano C, et al. (2001) Una mirada a la situación científica de dos especialidades esenciales de la enfermería contemporánea: la antropología de los cuidados y la enfermería transcultural. Cult los Cuid;5(10):72-87.
- UNESCO (2017). Competencias interculturales. Marco conceptual y operativo;1-46.