

*Interculturalidad en Medicina en Patagonia: Abordaje
Multidisciplinario*

*Mignone, Javier**

*Farías, Valentina***

*Montero, Graciela****

*Calfín, Raúl*****

*Trabajo presentado en las Jornadas Regionales. Interculturalidad
para la Equidad en Salud. Zapala, Mayo 2004.*

Introducción

Es nuestra intención, por medio del presente trabajo, mostrar como una concatenación histórica de eventos nos lleva a la realidad multicultural que se vive hoy en el campo de la salud, en la zona que habitamos (San Carlos de Bariloche) y sus áreas de influencia. En la segunda parte del mismo plantearemos aspectos a tener en cuenta al planificar accionar sobre el espacio intercultural.

Realizaremos, en primer término, un recuento del desarrollo histórico de la medicina en tiempos de la conquista de América, comparando las prácticas médicas nativas con las aportadas por los europeos, e intentando mostrar cómo la llegada del hombre blanco a nuestro continente afectó en forma definitiva lo preexistente.

Luego nos detendremos en las culturas originarias de la Región Patagónica, para centrarnos finalmente en el área que nos compete.

La visión histórica, que llega hasta la actualidad, es el hilo que nos conduce a la emisión de Diagnósticos de Actitudes Transculturales, pasibles de ser modificados para establecer una medicina intercultural.

Para los propósitos de este trabajo, definimos la Interculturalidad como el proceso entre dos ó más culturas, a través del cual éstas interactúan. Esta interacción puede ser buscada o espontánea y puede abarcar una o múltiples significaciones de las cosmovisiones en juego.

El Espacio Intercultural es, sin duda, un espacio sobre el cual se puede operar para producir cambios sobre el Proceso Intercultural en sí mismo. En Medicina, visualizar cuáles son estos espacios y cómo funcionan, nos permitiría un abordaje a la problemática de la Medicina en Situación Transcultural.

La medicina en tiempos de la conquista de América

Una época paradigmática para intentar un análisis de lo ocurrido en el campo de la medicina en situación transcultural es la etapa de la llamada “conquista” de América, o el contacto entre dos culturas, de las cuales una de ellas iba a transformarse en dominante, y la otra en dominada, con el paso de los siglos.

Desde el punto de vista histórico, éste fue el contacto de dos mundos, que hasta ese momento se habían desarrollado independientemente uno de otro, buscando cada uno de ellos completar sus conocimientos en todos los campos con los recursos disponibles en su medio. La esfera de la salud y el complejo sistema de conocimientos relacionados con la medicina en la América Precolombina es una de las áreas más complejas, cuando se desea realizar un análisis de sus fundamentos teóricos. Por otra parte, la comparación de las prácticas médicas traídas de Europa con las halladas en América nos da una visión, aunque fragmentaria y confusa, de dos formas diferentes de concebir el mundo, los habitantes visibles e invisibles que él contiene, y la interacción entre ambos.

El encuentro de estos dos mundos fue antagónico en la mayoría de las facetas de la vida: las economías eran diferentes, así como sus normas sociales, sus creencias espirituales, sus tabúes y misterios; la medicina fue sólo una faceta más de ese antagonismo: dos conceptos muy diferentes sobre la salud, la enfermedad, sus orígenes y las vías para la curación que provocaron no pocos enfrentamientos entre las sociedades nativas y los recién llegados en los primeros tiempos de contacto, transformándose luego en un proceso de sincretización y adaptación mutua en algunas sociedades, como sucede en área de Araucanía chilena con el hospital Maquehue, primer centro asistencial de este país que se encuentra en manos de una asociación indígena, y cuyo quehacer se enmarca en una lógica absolutamente intercultural.

Pero en otras sociedades, y hasta hoy, la medicina indígena no es considerada válida en el marco de este intercambio asimétrico de conocimientos que nació con la colonia hispánica.

Este concepto, que desvaloriza la medicina preexistente a la llegada de los europeos, tiene una de sus más hondas raíces en el desconocimiento del otro y de sus particularidades culturales. Según Villatoro, “...*Para conocer y comprender la práctica de los indígenas de hoy, se hace necesario internarse en la cosmovisión que le ha dado origen, para no caer en la errónea y común práctica de sobreponer un modelo médico de carácter occidental o académico a un modelo indígena o tradicional, donde existen diferencias considerables en la concepción de tiempo, espacio, frío, calor, vida, salud, enfermedad y muerte*”.¹

-
- Psiquiatra, University of Manitoba at Winnipeg, Canadá.
 - MD, Psiquiatra, Univ. Del Comahue, Neuquen-Univ. FASTA, Bariloche.
 - Lic. en Historia, Univ. Del Comahue, Neuquen-Univ. FASTA, Bariloche.

¹ Villatoro, E.: “Promoción de la medicina y terapias indígenas en la atención primaria de la salud: el caso de los Maya de Guatemala”. División de desarrollo de sistemas y servicios de salud. Organización Panamericana de la salud. Washington DC, noviembre 2001.

- MD. Univ.FASTA, Bariloche.

En las sociedades americanas precolombinas, el hombre trató de comprender el mundo que le rodeaba equilibrando lo empírico y lo mágico; el curandero era el amo de la vida y de la muerte. De esta forma, la causa y el origen de las enfermedades, el milagro de la procreación, la iniciación sexual, el climaterio, la menopausia o la muerte fueron considerados fenómenos mágicos que manejaban los espíritus, cuyos representantes en la tierra fueron los shamanes, los curanderos, los magos y los hechiceros, quienes actuaban como intermediarios de lo desconocido y, por lo tanto, como dominadores de la naturaleza mágica del mundo. Sus conocimientos sobre algunos aspectos de la naturaleza, el transcurso de las estaciones y las propiedades curativas de las plantas les conferían autoridad y, a su vez, la obligación de dar una respuesta a los fenómenos naturales que formaban parte del ciclo de la vida.

En América existieron pueblos de diferentes niveles en lo político, económico y social, que sin embargo compartían una tradición mágico-religiosa y tenían conceptos básicos comunes en sus prácticas curativas. A pesar de la distancia geográfica y temporal, en la medicina de estas culturas existió un doble fenómeno característico; por un lado, el curandero, el shamán y el hechicero íntimamente relacionados entre sí y, por otro, el conocimiento y uso de las plantas medicinales de cada región. Así, curanderos y shamanes siempre fueron importantes en la sociedad, ya que personificaban la medicina precolombina, reuniendo los elementos mágicos de los rituales dados ellos por los dioses, junto con el manejo de medicinas naturales y su preparación, que sólo ellos conocían y guardaban en secreto. Al igual que las prácticas terapéuticas, la herbolaria fue de gran importancia, convirtiéndose en una tradición milenaria basada en el conocimiento de infinidad de plantas medicinales clasificadas y aplicadas con gran acierto en distintas enfermedades. La medicina era asociada con tres factores: con la religión, en virtud de que atribuían a los dioses el origen de ciertas enfermedades, así como su remedio; con la magia, porque creían que algunas enfermedades eran provocadas por los hechiceros, y con la ciencia, porque conocían las propiedades curativas de las plantas y de algunos minerales. En estos pueblos el concepto de enfermedad es mágico y misterioso, difícil de separar de las creencias espirituales y de su forma de ver el mundo, ya que éstas y las ideas médicas están íntimamente relacionadas.

En la América precolombina la cuestión no se limitaba a creer que había una mente sana en un cuerpo sano. *"El médico hechicero no es sólo un sanador que se preocupa del individuo. Es una conciencia socializadora, puesto que la enfermedad es un síntoma de un desorden grupal o económico".*² Por eso, la formación del shamán incluía el

² Paz Otero, Gerardo: "La Medicina en la Conquista y la Colonia", 1.974, Capítulo IV, "Medicina y Teurgismo en la Conquista" pp 43-48, Bogotá, Editorial GAB

conocimiento del entorno ecológico, las características de la comunidad y de cada uno de los miembros del grupo ³, y su función era eminentemente preventiva.

Sorprende la similitud de la curación shamanística en distintas culturas a través de los tiempos, razón por la que generalmente se le considera el instrumento que ha mantenido vivo e invariable el conocimiento y la eficacia de prácticas ancestrales. Tras un análisis etnológico de la enfermedad entre los pueblos primitivos, varios investigadores han reconocido como causa de enfermedad la infracción de un tabú, el hechizo dañino (algo así como el mal de ojo), la influencia de un espíritu maligno, la intrusión mágica de un cuerpo extraño y la pérdida del alma. Se puede enfermar y perder el alma por el miedo súbito, por un susto o por un accidente imprevisto. La curación no sigue pautas escritas. Los sanadores funcionan en forma diferencial con cada persona que ayudan. Utilizan hierbas, ceremonias y poderes de la manera que consideran más apropiada para cada individuo. La curación podría involucrar casas de sudor, los círculos habladores, la fuma ceremonial de tabaco, los shamanes, hierbas, los espíritus animales o "la búsqueda de una visión." Cada tribu usa sus propias técnicas. Las técnicas por si mismas no son "la curación tradicional." Estas son solamente pasos hacia ponerse saludable, en equilibrio y conexión. ⁴

Considera Frazer ⁵ que la clave del poder curativo del médico en las sociedades tecnológicamente sencillas radica en su capacidad para liberar la fuerza psíquica del individuo enfermo, activando con sus ritos y su influencia mágica los recursos curativos del subconsciente colectivo. Así, el fármaco no obra por su "qué", su naturaleza o composición esencial, sino por su "quién" - el que la administra, el mago dominador de las fuerzas ocultas - así "cómo" - el ritual de administración indispensable para su acción - y su "dónde" - el lugar en que se aplica y las fuerzas que allí se liberan. Los medicamentos, en definitiva, no se emplean por su naturaleza, sino porque ayudan al mago-sacerdote en el control de las fuerzas ocultas causantes de la enfermedad. Por ello su recolección y preparación ha de ir acompañada de rituales, sólo conocidos por el médico, mago o shamán.

Con la llegada de los españoles a América se produjo un cambio radical entre los habitantes del nuevo continente. Su vida sufrió un vuelco total, sus costumbres y creencias se vieron amenazadas por la imposición de una nueva religión, por cambios en su alimentación, su economía y organización, y por alteraciones en su salud. La población indígena se vio afectada por enfermedades que proliferaban en Europa, entre ellas sarampión, viruela, cólera, paperas y fiebre amarilla. En poco tiempo, las epidemias importadas devastaron los territorios por los cuales se expandían los españoles. La fusión de estas dos culturas terminó con las barreras que habían separado durante siglos no sólo a los pueblos de Europa y América, sino también a otras formas de vida, vegetales,

³ Ruiz, Edwin: Asociación de Historia de la Medicina, Perú. En: Revista Cambio. www.cambio.com.co

⁴ "Curación tradicional de los indios americanos". InfoRed SIDA de Nuevo México. proyecto del Centro para la Educación y Entrenamiento sobre el SIDA de Nuevo México
Parcialmente consolidado por la Biblioteca Nacional de Medicina y el Departamento de Salud de Nuevo México. Hoja N° 708E .Mayo 2002

⁵ Frazer, J.: "La rama dorada". Fondo de Cultura Económica, México 1992.

animales y microbios, lo que generó daños irreparables a la ecología del continente americano. Este encuentro fue benéfico para los europeos, considerando que los habitantes colonizados ya contaban con una antigua y vasta tradición herbolaria basada en el conocimiento empírico de las propiedades y aplicaciones de las plantas medicinales. Los españoles, sorprendidos por la riqueza botánica de las nuevas tierras, llevaron a las cortes europeas noticias sobre la abundancia de las plantas y sus beneficios. Con estas referencias, Fray Bernardino de Sahagún llegó a México pocos años después, aprendió la lengua mexicana y reunió datos proporcionados por algunos médicos de Tlatelolco, que luego fueron incluidos en su *Historia general de las cosas de la Nueva España*. Por su parte, Martín de la Cruz, primer médico titulado en el Colegio de la Santa Cruz en Santiago Tlatelolco, también se interesó en el tema: en 1552 escribió un tratado en lengua náhuatl, donde plasmó sus conocimientos sobre plantas curativas y otros medicamentos. En 1570, el rey Felipe II mandó a su médico personal, Francisco Hernández, con el encargo de catalogar las plantas medicinales, los animales útiles y las alimañas ponzoñosas, así como los minerales y toda la riqueza natural del nuevo mundo.

La medicina tradicional del periodo colonial fue acusada y condenada como hechicería y sus representantes fueron sancionados por la Inquisición. Además, se dice que fue mixta, puesto que españoles, criollos y algunos mestizos disfrutaban los servicios de los pocos médicos europeos, mientras que los indígenas acudían a lo que quedaba de la medicina autóctona, que posiblemente llegó a ciertos hospitales fundados en esa época para uso exclusivo de los nativos. *“De esta manera, la medicina ya mostraba los cambios culturales que ocurrían; abundaban los testimonios sobre la mutua influencia de las ideas médicas españolas y aborígenes. Una muestra de ello la dio Vasco de Quiroga al introducir los hospitales-pueblo, verdaderas comunidades en las que la enfermedad era uno de tantos motivos para el ingreso...sin embargo, la evolución de la política virreinal impidió el progreso de este notable antecedente de la medicina social”*.⁶

Estimamos que esta interacción fue una inevitable consecuencia de la política virreinal, que intentaba ingresar en todos los ámbitos de la vida indígena como estrategia de dominación. Luego de las etapas de reconocimiento del “otro” cultural se vio el comienzo de una cultura mixta, nacida de un proceso sincrético entre costumbres nativas que el recién llegado debió adoptar, por encontrarse más adaptadas al medio, y las traídas por el español que fueron impuestas por la fuerza, la persuasión o la costumbre al nativo.

La Faz Opuesta

La Medicina hispánica vivió un largo período colonial que duró tres siglos, en condiciones medievales, mientras en Europa se sucedían las épocas del Renacimiento (siglos XV y XVI); del Barroco (siglo XVII); de la Ilustración (siglo XVIII) y del Romanticismo (inicio del siglo XIX), que influyeron notablemente en el progreso y modernización de la Medicina occidental. El aislamiento cultural y tecnológico de la sociedad colonial impidió que estas transformaciones culturales europeas produjeran cambios en la sociedad de las colonias.

⁶ “Medicina tradicional”. En: www.edomex.gob.mx

La edición hecha en 1553 por Pedro Cieza de León del clásico "*Crónica del Perú*" tiene a la medicina indígena como uno de los temas más relevantes desde el punto de vista histórico. La reseña de esta obra hecha por Antonio García en la Universidad de Tarragona (España) hace énfasis en apuntar cómo la visión de Cieza de León mezcla una dosis considerable de rechazo etnocéntrico a este tipo de medicamentos con la fascinación por lo desconocido.

En 1767, Francisco Xavier Clavijero, jesuita expulsado del Nuevo Mundo se radicó en Italia, donde condensó, en su "*Historia Antigua de México*", gran parte de los conocimientos medicinales de los aztecas, en un texto que aún hoy se considera un importante aporte a la investigación sobre este tema. "*Hoy, centurias después de Cieza de León y de Clavijero, esta posición no ha cambiado sustancialmente. Las palabras de Cieza de León, "...los ritos y costumbres que tenían antiguamente los indios naturales, y otras cosas extrañas y muy diferentes a las nuestras, que son dignas de notar..."* son frases que podrían haber sido escritas en pleno inicio del siglo XXI..."⁷

En las prácticas médicas llegadas a América con los españoles, aún intensamente influenciadas por la religiosidad cristiana, se identifica la clara actitud negativa del Evangelio frente a la idea generalizada entre los nativos acerca del carácter punitivo de la enfermedad. En Europa, hasta mediados de la alta Edad Media la medicina se ejerció principalmente en los monasterios, y hacia el inicio de la alta Edad Media cobraron importancia las escuelas catedralicias. Sin embargo, el ejercicio de la medicina por parte de los monjes estaba circunscripto a su misión caritativa. En el siglo IX la biblioteca del Monasterio de San Galeno tenía seis obras de medicina y mil de teología. Pero los textos médicos, escritos en latín, eran en su mayoría fragmentos simplificados o resúmenes de las grandes obras griegas y tenían un marcado carácter práctico.

En esta época se produjo claramente el divorcio entre medicina y cirugía, separación que se había insinuado en la medicina alejandrina, y contribuyó a ahondarla el hecho de que Galeno, llegado a Roma, abandonara la práctica quirúrgica y dijera que la cirugía sólo era una forma de tratamiento. Así, el cirujano quedó subordinado al médico. Aquí actuaron varios factores decisivos de separación y degradación de la cirugía. Para el Cristianismo de entonces el cuerpo del hombre era una vil prisión del alma. El organismo humano no merecía mayor estudio. La doctrina islámica, que se hizo sentir después, era similar en este aspecto: el cuerpo de los muertos era sucio e impío y había que abstenerse de tocarlo y mancharse con su sangre. Por otra parte, la medicina medieval tuvo un marcado carácter especulativo, la teoría médica constituía lo sustantivo, la labor manual era desdeñada. Así, la práctica quirúrgica fue quedando en manos de los barberos. Por último, en 1163 se formuló el famoso edicto del Concilio de Tours: *Ecclesia abhorret a sanguine*, con el que oficialmente se prohibía la práctica quirúrgica a los clérigos. La prohibición fue promulgada por el Papa Inocencio III y se hizo vigente en 1215. El edicto estaba basado en el derecho canónico: el ser culpado por la muerte de un hombre anula para siempre el ejercicio sacerdotal. Como consecuencia, en ese mismo siglo los

⁷ "La visión de la medicina indígena". Boletín Buena Salud, 24 de julio de 2003. Copyright 2000-2002 Bibliomed Holdings LLC

cirujanos barberos empezaron a ostentar un status más elevado en Francia, que se hizo aún más pronunciado en el Renacimiento.

A este empobrecimiento de la medicina el cristianismo de entonces reintrodujo un elemento religioso: la enfermedad era el castigo a pecadores, o una posesión demoníaca, o consecuencia de una brujería. La oración y la penitencia para alejar el mal se hicieron imperativos. En este punto podemos aquilatar una de las contradicciones básicas de la cultura hegemónica: mientras el español condenaba las prácticas shamánicas americanas por considerarlas impregnadas de brujería, y quemaba las imágenes de sus dioses como ídolos falsos, introdujo en América su propia versión de la brujería, a través de la Inquisición. Esta institución castigó durante varios siglos a cristianos con la amenaza de juicios por idolatría, y a los no cristianos con la conversión forzada, de la que los nativos estaban excluidos por expresa orden del Papa, ya que se los incluía en la categoría de las mujeres y los menores de edad. La Inquisición actuó violentamente en América hasta la época de las revoluciones independentistas (proceso que comenzó hacia 1810 en la mayoría de las colonias hispanas) quemando en la hoguera, excomulgando, torturando y privando de sus posesiones a muchos españoles y criollos cuya única falta la constituían prácticas no sancionadas por la Iglesia, entre las cuales las relacionadas con la medicina nativa no estuvieron ausentes.

El Renacimiento llegó tardíamente a América. En medicina ésta es la época del pensamiento anatómico: de la anatomía, de la cirugía y de la anatomía patológica. Es sólo en el siglo XVIII que se producen oficialmente los cambios decisivos: la fundación de la Académie Royale de Chirurgie en 1731, la ordenanza de Luis XV prohibiendo a los barberos el ejercicio de la cirugía y, después de la Revolución francesa, la abolición de las diferencias entre médicos y cirujanos con la creación de las Escuelas de Salud y el título de Doctor. No existían entonces salas de operaciones, éstas se realizaban en los pasillos. De hecho, una de las razones del desprestigio de la cirugía era la altísima mortalidad de las intervenciones quirúrgicas. Hacia fines del Renacimiento, por el impulso de los humanistas, se trataron de entender los factores psicológicos de la enfermedad. Se retoma la idea de la *imaginación o sugestión* como factor curativo o perturbador de la mente. Aparece la idea de que las brujas no eran aliadas del demonio sino enfermas de la psiquis y se intenta por primera vez una clasificación de las enfermedades mentales.

En Chile, zona que podemos tomar como ejemplo de las transformaciones sufridas en el área médica durante la época de la Conquista, se produjo un proceso de imposición de la Medicina española, cuyas características esenciales estaban basadas en la atención religiosa hospitalaria medieval. Esta época está enmarcada por las figuras dominantes de los dos grandes capitanes que iniciaron y completaron la conquista: Pedro de Valdivia (1497-1554) y Alonso de Rivera (1560-1617). Ambos fueron gobernadores y les correspondió resolver directamente los problemas de la medicina y salud, en conjunto con los cabildos. Ellos fueron los que implementaron el nacimiento de la medicina colonial con la ayuda de encomenderos, sacerdotes y diputados del cabildo, quienes asumieron la tarea de organización de los núcleos de asistencia, dirigidos principalmente a los españoles que comenzaban a poblar el territorio chileno.

El centro de la vida médica de la época de la Conquista, fueron los hospitales del Socorro (San Juan de Dios), fundados por Pedro de Valdivia en Concepción (1552) y en Santiago (1553). Hasta 1617 estos hospitales fueron administrados por los cabildos que nombraban al mayordomo y a los diputados, que a su vez supervisaban la atención de los pacientes y al médico o cirujano residente.

El Cabildo era una institución colonial dirigida por dos alcaldes y seis regidores electos por los vecinos. Tenía múltiples atribuciones administrativas y judiciales, haciendo obras públicas, otorgando solares, controlando oficios y fijando aranceles. Cuidaba además de la higiene y salubridad, combatía las epidemias y regulaba a los oficianes de la salud, fueran estos médicos, cirujanos o comadronas.

El primer médico del Hospital del Socorro en Santiago fue el licenciado Hernando de Castro (1552) y el primer cirujano, el licenciado Gonzalo Bazán (1557). Juan Guerra fue el primer médico chileno, nacido en La Serena en 1557 y educado en Lima, que sirvió bajo el gobierno de Alonso de Rivera. El mayor patrimonio histórico de esta época son los documentos del siglo XVI referentes a las escrituras de donación de bienes para el financiamiento del Hospital del Socorro. Entre estos se encuentran documentos del siglo XVI referentes a las escrituras de donación de bienes para el financiamiento del Hospital. Entre ellos destacan la donación de la hacienda de Huechuraba por parte del capitán Luis de Toledo (1546) y los títulos de la hacienda del Hospital (Paine), donada por el corregidor Alonso de Miranda (1591). Asimismo, es importante la escritura del Cabildo de Santiago imponiendo condiciones a los franciscanos para donar al Hospital San Juan de Dios de Santiago 12 solares para sus terrenos al sur de la Alameda (1554). Todos estos documentos revelan las fuentes de los recursos económicos de que disponían los hospitales de la Conquista, los cuales solamente tenían como ingresos fijos el noveno y medio (12%) del diezmo de la Iglesia. Estas donaciones permitían obtener ingresos de la producción agrícola de las haciendas donadas y eran la base del presupuesto anual para el mantenimiento del hospital. Otras donaciones fueron un molino, solares, limosnas y bienes de difuntos.

En general, la organización hispánica de los centros de salud se rigió por este esquema, con pocos cambios, durante los primeros siglos de la colonia. Los escasos conocimientos que portaban los médicos llegados de Europa se mezclaron con el conocimiento popular y con los aportes de la herboristería indígena, conformando un mosaico donde las prácticas no estaban codificadas, sino que se iban adaptando a las necesidades y disponibilidades de cada región. Sin embargo, la hegemonía de la Iglesia en lo referente a la administración de los cuidados relacionados con la salud continuó siendo visible.

Con respecto a los conocimientos de la época "... Durante muchos años los médicos formados en las principales escuelas médicas no tenían muchos recursos de diagnóstico y de terapia... los médicos en ese tiempo tenían pocas medicinas, no había antibióticos, vacunas, insulina, corticoides, etc. En realidad yo les llamaría "curanderos ilustrados y cultos".⁸

⁸ Maquiña Vargas, Ciro: "La medicina científica occidental, otras alternativas y las plantas medicinales: una nueva visión. En: Revista Diagnóstico, Vol.41, N° 1, Perú, enero-febrero 2002.

Una gran parte del conocimiento científico sobre el periodo precolombino, la conquista y de los primeros años de la colonia en el área andina, se puede encontrar en los huacos retratos de la cultura Moche, recipientes cerámicos donde aparecen representaciones de las enfermedades más comunes de la época; por otra parte, contamos con una serie de escritos de cronistas, sacerdotes, funcionarios, naturalistas, médicos, geógrafos, ingenieros, militares y universitarios. Por curiosidad, interés o vocación, ellos trataron de comprender y controlar la naturaleza que rodeaba a los habitantes del Virreynato. La ciencia colonial que practicaron sirvió para mejorar la salud pública, elaborar los primeros mapas, mantener el orden social existente y tuvo un gran impacto en la imaginación europea y local.

Hacia 1669 existían varios hospitales en Lima y en las provincias, dirigidos por religiosos, atendiendo a un grupo étnico, una profesión o un género y con bajos sueldos para los cirujanos y los médicos. Uno de los más notables en Lima fue el Hospital de Santa Ana dedicado a los indios fundado por Fray Gerónimo de Loayza.

Muchos españoles consideraban que no era necesario entrenar a más médicos localmente debido a las excelentes hierbas medicinales nativas. El "descubrimiento" del poder curativo de la quina (*Cinchona* sp), o cascarilla (*Croton* sp), actualmente conocida como quinina, sustancia que proviene de la corteza de árboles Nor - Andinos, es un caso claro que muestra cómo el saber indio quedó incorporado a la terapéutica europea, en ese entonces inclinada hacia las sangrías y las purgas. El potente efecto febrífugo de la quina contra las "fiebres intermitentes", el nombre con el que entonces se conocía a la malaria, fue conocido por los curanderos indígenas.



Arbol de Quina



Huaco Moche

Hay datos históricos que confirman que en el año 1526, antes de que se inicie la conquista española del imperio incaico, se desató en los Andes la primera gran epidemia que mató a miles de indígenas carentes de defensas frente a esta nueva enfermedad. La mayor parte de los tratadistas consideran que fue una epidemia de viruela.

Los habitantes del Nuevo Mundo, dice Mc Neill⁹, no eran portadores de infecciones graves que pudieran ser transmitidas a los europeos y africanos que llegaron a sus tierras. Al contrario, la brusca confrontación con una larga lista de infecciones que europeos y africanos habían ido recogiendo a lo largo de miles de años, provocó el desastre demográfico en los aborígenes americanos. Las razones de este desequilibrio son bastante comprensibles, ya que en comparación con la complejidad ecológica del Viejo Mundo, el Nuevo no era más que una enorme isla, y el nivel escasamente desarrollado de enfermedades entre los americanos fue solo un aspecto de la vulnerabilidad biológica general, pero este aspecto tuvo consecuencias particularmente drásticas para la vida humana.

Es conocido que la migración del hombre y de sus enfermedades es la mayor causa de la presencia de epidemias. Cuando se produce una migración, aquellos individuos que han estado largamente aislados son los que más sufren, porque su material genético no ha tenido contacto con las enfermedades anteriormente no presentes en su entorno geográfico. Los nativos americanos tuvieron el fatal privilegio de encontrarse aislados del Viejo Mundo hasta el momento del encuentro de las dos culturas, por lo que las enfermedades graves y mortales de Europa fueron más mortíferas en el Nuevo continente, y comparativamente aquellos trastornos benignos en Europa, se tornaron mortales en América.¹⁰

Así, la desesperación cundió entre los nativos, que moribundos e inermes fueron fácil presa de los conquistadores. Sus dioses abdicaron, y los ayunos, ofrendas y abstinencias fracasaron. Por donde quiera que cruzaba el hombre blanco llegaban males desconocidos, y como regalo de un Dios extraño, estas enfermedades que no tenían respuesta con sus medicinas, ni con sus curanderos y chamanes, y terminaban instalándose en sus tierras y en su gente.

*“...Los indígenas estaban persuadidos de que la presencia de estas nuevas enfermedades era producto de un castigo divino. Para muchos el nuevo Dios que traían los europeos, enojado por sus idolatrías profanas y sus pecados mundanos, les enviaba el flagelo de la enfermedad para que expiaran sus ofensas y se convirtieran a la nueva religión. Ello se acentuaba aún más debido a que los españoles eran inmunes a la enfermedad que se ensañaba en los indios, hecho que con seguridad fue utilizado como un arma más para la conversión. Armas letales, caballos, enfermedades y un Dios extraño y castigador acabaron con la resistencia indígena...”*¹¹

⁹ McNeill, W.: “Plagas y pueblos”. Editorial Siglo XXI. Madrid, 1984.

¹⁰ Estrella, Eduardo: “Consecuencias epidemiológicas de la conquista de América”. Facultad de Medicina, Universidad Central de Quito, Ecuador. En: www.plantasmedicinales.org

¹¹ McNeill, William; “Plagas y pueblos”. Madrid, Siglo XXI, 1984.



Por otro lado, existen pruebas de prácticas médicas que fueron llevadas a cabo en toda América, siglos antes de la llegada de los europeos, y con un porcentaje de éxito impensado: esta es la práctica de las trepanaciones. Los instrumentos y las causas pueden variar, pero es un hecho que la trepanación fue uno de los grandes desarrollos de la medicina prehispánica, desde México hasta la Patagonia. Miles de hallazgos a lo largo y ancho del continente –muchos con cerca de 3.000 años de antigüedad– lo confirman. Pero, lo más espectacular, según la lectura de los huesos encontrados, es que los pacientes sobrevivían años tras el arriesgado procedimiento.

Por múltiples casos como estos, varias investigaciones han llegado a la conclusión de que la medicina que se practicaba en la América precolombina no estaba muy lejos del desarrollo que había alcanzado en España. Ruiz cree que las trepanaciones pueden tener su origen en la creencia de que los espíritus malignos elegían un lugar del cuerpo para instalarse. Cuando las vías liberadoras como las sangrías no daban resultado, se practicaba la perforación craneal. También se ha demostrado que se aplicaba este procedimiento para extirpar tumores, y que la elección de las partes donde se realizaba la trepanación confirma que las culturas precolombinas conocían la anatomía del cerebro. Se cree que los recursos utilizados antes del Descubrimiento garantizaban una eficacia de 70%, mientras que en Europa, en el siglo XVIII, casi todas esas intervenciones fracasaban. Los casos de infección encontrados en las trepanaciones peruanas son mínimos, y creen que la asepsia la lograban con saliva de bebé, cuyas enzimas atenúan los efectos de las bacterias y los virus, o con algunas hierbas antisépticas. Cerraban el orificio con placas de oro o cobre, y con cortezas vegetales, como la del totumo.¹²

*Cráneo trepanado del Cusco.*¹³

¹² Ruiz, Edwin: op.cit.

¹³ Cueto, Marcos, Ph.D.: “Historia de la medicina peruana”. Universidad Peruana Cayetano Heredia En: www.colmedi.org.pe



Tumi, cuchillo, estilete, pasador y bisturí estilo Champi; agujas de obsidiana y estilete tallado en hueso (Valle de Majes) (+/- 200 AC - 600 DC). Colección Valdez – Arequipa, Perú.

Un área de conocimiento médico nativo fue, y continúa siendo hasta hoy, campo de opiniones contradictorias: el de las sustancias psicoactivas. En la América precolombina, la mayoría de ellas provenía de hongos, cactus, semillas, flores, árboles y arbustos, y en menor medida de animales. Hubo una gran variedad de ellos, desde la ayahuasca de Centroamérica, pasando por la coca andina, hasta la miaya o chamico de Chile. Sobre esta última, la primera mención conocida se encuentra en la obra del Jesuita Diego de Rosales, “Historia General del Reino de Chile, Flandes Indiano”, escrita aproximadamente entre 1652 y 1673. allí, junto a la geografía, fauna, vida y costumbres indígenas, se describen también las bondades medicinales de una extensa gama de vegetales, entre los que se halla el chamico. *“Dadas a beber en bino, o en agua, entorpecen de tal suerte los sentidos que los delinquentes, si las beben, antes de darles los tormentos, no sienten dolor alguno, por mas que les aprieten los cordeles. Si aumentan la cantidad, quedan dormidos por un dia natural con los ojos aviertos, y para despertarlos, les ponen vinagre en las narices, o ceniza caliente en la frente. Si es mucha la bebida, se quedan dormidos, y riendo, y se mueren sin agonía ninguna”*.¹⁴

En primer lugar, se debe tener en cuenta que el consumo de los diversos psicoactivos americanos fue, en cada cultura, el resultado de un largo y cuidadoso proceso de observación y experimentación, el cual permitió a los antiguos habitantes reconocer las plantas y los efectos que éstas causaban, así como precisar los procedimientos más adecuados para la obtención, dosificación y administración de sus principios activos. En segundo lugar, debemos destacar que la visión occidental de estos productos no capta la real dimensión que los mismos tenían en el mundo indígena. Para ellos, su consumo proporcionaba *“sentido a los sentidos, fuerza a los sentimientos y sabiduría al intelecto”*¹⁵ cuando eran usados en un contexto ceremonial, a la vez que su uso medicinal proporcionaba analgésicos y anestésicos de un poder aún desconocido en Europa en el momento de los primeros contactos. El español observó los efectos que causaban, describiéndolos como “embriaguez” y “pérdida del sentido”, dado que no tenía acceso a la cosmovisión indígena, donde las sustancias psicoactivas cumplían un activo rol ceremonial, brindando acceso a los mundos espirituales. En palabras de Fericgla: *“...en los pueblos habitantes de nuestra América precolombina, el consumo de drogas constituiría un elemento central al momento de comprender los métodos de subsistencia,*

¹⁴ De Rosales, Diego: “Historia general del Reino de Chile, Flandes Indiano”.

¹⁵ Cornejo, L.- Gallardo, F.- Mege, P.: “San Pedro de Atacama, DMT”. En Mundo Precolombino, Revista del Museo Chileno de Arte Precolombino N° 1, Santiago, Chile, 1994.

*las relaciones ayuda y curación, la memoria colectiva y los sistemas de toma de decisiones, rol que con alguna variación se mantendría hasta la actualidad en la población indígena y mestiza americana”.*¹⁶

Medicina oficial e interculturalidad

El momento actual es comprensible no sólo a través del análisis de la historia anteriormente descrita, sino que está especialmente ilustrado por cuatro momentos históricos clave, que marcan distintos procesos y relaciones interculturales en nuestra región (Patagonia), luego de la llegada del hombre blanco.

1:- Araucanización: Etapa histórica resultante de la migración de los Mapuche, provenientes del Oeste, hoy Chile, hacia esta zona, anteriormente habitada por los Tehuelche, dando lugar a un largo proceso de sincretización cultural con éstos, denominado “Proceso de Araucanización”.

La cultura mapuche comenzó su dispersión temporal y geográfica en el área central de Chile, de donde sus miembros se consideran originarios; sin embargo numerosos grupos fueron introduciéndose en el actual territorio de Argentina con propósitos de intercambio primero, y más tarde como parte del largo conflicto con los españoles que se llamó “la guerra de Arauco”. Utilizaron para ello diversos pasos cordilleranos, cruzando en forma de pequeños grupos, haciéndose notable su presencia a partir del siglo XVII. Desde esos momentos, la influencia de la lengua y costumbres mapuche tiñe las culturas preexistentes en el norte de la Patagonia Argentina, generándose un largo y complejo proceso de sincretismo. Esta zona estaba habitada por grupos cazadores recolectores denominados “tehuelches”, quienes poseían sus propias concepciones culturales generales, economía, organización y adaptación al medio. A través de este proceso de “araucanización” surgieron numerosas concreciones sincréticas, muchas de ellas compartidas por todos los grupos que habitaron pampa-patagonia a partir del siglo XVIII. De este modo, las transformaciones del mundo indígena de Patagonia, en gran parte, se realizaron en el mismo momento histórico, ya que la masiva araucanización y el ingreso del hombre blanco fueron casi simultáneos.

2:- Jesuitas: Los Jesuitas, de procedencia española e italiana, llegan a nuestro territorio hacia el siglo XVII. Como ya se ha indicado con la referencia tomada del sacerdote Diego de Rosales, muchos de los Jesuitas, además de la tarea evangelizadora que los caracterizó legaron una cierta cantidad de obras escritas que, aún hoy, conforman una invalorable fuente de conocimientos para investigadores. Fueron notables observadores de su entorno, y su nivel intelectual, elevado para la época, contribuyó a que sus observaciones fueran particularmente agudas, aunque teñidas de todos modos por el etnocentrismo inevitable durante de la conquista hispana. La orden se caracterizó por el estrecho contacto que sus miembros establecían con las sociedades indígenas, conviviendo y viajando con ellos por largos períodos, aprendiendo las lenguas de diferentes regiones, actuando muchas veces en contraposición a los deseos expresos de la

¹⁶ Fericgla, J.: “El peso central de los enteógenos en la dinámica cultural”. En: <http://www.colciencias.gov.co/seiaal/congreso/Ponen1/FERICGLA.htm>

Corona, ya que su Orden fue la única que respondió al Papado en forma directa, rehusando obediencia a los poderes terrenales. Este comportamiento motivó, en gran parte, su expulsión posterior de las colonias.

3:-Conquista del Desierto: Uno de los sucesos que habría de marcar el desarrollo posterior de la historia de esta región es la intervención del ejército nacional sobre las poblaciones originarias, a través de la ocupación, matanza, marginación, etc. de las mismas, ocurrida a fines del siglo XIX. La campaña militar conocida como “Conquista del Desierto” dejó como saldo no solamente la fragmentación y pérdida de cultura, sino también efectos traumáticos y secuelas de orden transcultural sobre dichas poblaciones. Sin profundizar en uno de los más conocidos capítulos de la historia patagónica, podemos sin embargo establecer que esta campaña tuvo ingredientes económicos que, en su época, sirvieron a manera de justificación: en el siglo XIX los grupos fuertemente araucanizados del norte de la Patagonia se asentaban estacionalmente en tolderías semi estables, desde las cuales realizaban incursiones de caza y tráfico de ganado. El ganado salvaje, abundante durante el siglo XVII, comenzó a hacerse más escaso en el siglo siguiente, explotado tanto por los blancos que comercializaban cueros y carnes, como por los indígenas, que organizaban enormes arreos de ganado en pie a través de Patagonia, para realizar la venta en Chile. En el siglo XVIII la avidez de los ganaderos y propietarios de los alrededores de Buenos Aires los hace avanzar la frontera con el indígena cada vez más hacia el sur, en su intento por apropiarse de más territorio para extender su explotación ganadera.

Desde principios del siglo XIX la frontera es una zona inestable, de políticas contradictorias, que con el tiempo se van definiendo más nítidamente con acciones dirigidas hacia el sometimiento del indígena. La culminación de este proceso se produce a partir de 1880, con la campaña militar que desestructurará definitivamente las etnias indígenas; la ideología que la sustentó se enmarca en el pensamiento positivista dominante de la época. El “orden y el progreso”, la superioridad de unos sobre otros, son los principios que esgrimen los sectores económicamente dominantes de la sociedad argentina, en cuyas manos se encuentra también el poder político. Así se justifica la imposición violenta de la “civilización” sobre la “barbarie inculta”.

En esta etapa de conflictos armados, los métodos de curación empleados por los médicos de campaña fueron simples, a pesar de la multitud de dolencias que atacaban a los soldados. Además de las heridas inherentes a la actividad bélica, se encontraron con fiebres, disentería, enfermedades epidémicas, viruela, cólera y tumores. Según el Dr Guerrino, “...presumiblemente, la asepsia estaba ausente, y los recintos que oficiaban de quirófanos no reunían las mínimas condiciones para garantizar la tarea del cirujano...”¹⁷

Junto a ellos era común ver a mujeres, llamadas “curanderas”, portadoras de una medicina alternativa que incluía el uso de plantas, brebajes y amuletos. Cuenta Armaignac que, ante la inexistencia de médicos, estas mujeres “...eran las encargadas de curar las fiebres y demás enfermedades...se valían de hierbas, grasa de animales, y a

¹⁷ Guerrino, Antonio A.: “La medicina en la conquista del Desierto”. En Revista de Gendarmería Nacional, Bs. As. S/f.

esto añadían tocamientos, pases cabalísticos, pollos negros, yerba masticada, además de drogas simples... ”¹⁸

4:- Inmigración Europea: A fines del siglo XIX y principios del siglo XX comienza la inmigración desde el oeste, y desde el norte, de los primeros pobladores provenientes de Europa, colonos que, cumpliendo la premisa que motivó la campaña descripta anteriormente, de “civilización y progreso”, vienen a llenar los espacios con una nueva forma de vida; éste constituyó un proceso más complejo y reciente, habiendo sido “no traumático” en lo que respecta a su impacto sobre las poblaciones nativas. Se origina entonces otro proceso de sincretismo cultural.

En 1878 se crea legalmente la “Gobernación de la Patagonia”, con radicación de sus autoridades en la población de Mercedes de Patagones, nombre que fue cambiado por el de Viedma poco tiempo después. Tomando esta zona como un área indicativa de un fenómeno que fue generalizándose en Patagonia a fines del siglo XIX, vemos en el valle inferior del Río Negro una población que, sobre la base preexistente de criollos e indígenas, va sumando la presencia de inmigrantes de orígenes diversos, como ingleses, escoceses, galeses, italianos alemanes, austríacos, suizos, franceses, griegos y daneses. Entre esta población heterogénea actúa un misionero anglicano, Jorge Humble, llegado a la zona antes de la campaña del General Roca (en 1864), razón por la cual se lo considera el primer médico de la Patagonia. Junto a su tarea de misionero, desarrolla la práctica de la medicina, ya que poseía un título habilitante expedido por la Facultad de Medicina y Cirugía de la Universidad de St Andrew, en Glasgow.

En su diario se menciona que, a pesar de existir muchos “indios alzados”, es decir grupos de indígenas que se resistían al cambio que implicaba el contacto cotidiano con los europeos, muchos otros enviaban a sus hijos a la escuela en la población, se acercaban a realizar trueques, y por supuesto a consultar al médico; para éste, estas consultas significaban a veces realizar largas cabalgatas hasta las tolderías, y para los nativos radicados en las proximidades de la población, el establecer horarios fijos de consultas y entrega gratuita de medicamentos.¹⁹ A pesar de los limitados insumos médicos con que Humble contaba en esa época, todos los viajeros y exploradores contemporáneos que lo vieron trabajar, mencionan la dedicación con que realizaba su tarea.²⁰

Hacia 1902, Bariloche contaba solo con una partera y una matrona, debiendo derivarse los enfermos a Chile o a Los Repollos, o se utilizaban hierbas medicinales que la mayoría tenía en su casa, muchas veces entremezclando conocimientos de la medicina mapuche y la europea. En 1907, llegan el primer médico a esta zona, de origen belga, su nombre era José Emanuel Vereertbrugghen, quien había estudiado en la Universidad de Lovaina y realizó su doctorado en Bonn. Aquí trabajaba en forma aislada, ya que no existía por ese entonces un sistema de salud organizado, y contaba con una tropilla que utilizaba para hacer sus visitas, a veces hasta 200 km. de distancia. Hacia 1915 se inició una Sala

¹⁸ Armaignac, H.: “Viajes por las pampas argentinas”. Eudeba, Bs As. 1974.

¹⁹ Canclini, A.: “Jorge A. Humble, medico y misionero patagónico”. Ediciones Marymar. Buenos Aires, 1980.

²⁰ Musters, George: “Vida entre los Patagones”. Editorial Solar/Hachette, Buenos Aires 1964.

de Primeros Auxilios en Bariloche, en la que trabajaban en conjunto para sostener algunos vecinos del pueblo y padres salesianos. Alrededor de 1920 llega el segundo médico a esta zona, el Doctor Ernesto Serigós, quien también practicaba la cirugía y atendió en el primer Hospital Regional, en Mitre y Onelli, que se establece en 1932 y que muchos llamaban “El Hospital de Serigós”. En 1938, siendo Director de ese hospital el doctor Juan Javier Neumayer, se trasladan al nuevo edificio, el mismo que existe hoy. Las monjas, que formaban parte del primer hospital, fueron dejando sus tareas al irse incorporando enfermeras, y dedicándose solamente a la atención espiritual de los enfermos.²¹

En la década del 40 el Estado comienza a desarrollar un reducido sistema de salud, lo cual comienza a marcar una diferencia; hasta ese momento, las prestaciones en salud se realizaban, como fue dicho, en base a lo que se encontraba en el lugar, mientras que a partir de este punto, comienza a “oficializarse” un sistema de salud, el cual se desarrolla simultáneamente a las prácticas preexistentes, y lo reemplaza en parte, pero no totalmente.

La estructura y formación profesional del sistema de salud oficial respondían a las Universidades de Buenos Aires y Córdoba, cuyos modelos estuvieron basados en los de los países europeos. Su intervención fue en principio poco traumática para el conocimiento ancestral acerca de la enfermedad y de la sanación vigentes en estas culturas, ya que se limitaba a una oferta de servicios de diagnóstico y curación. Creemos que los hechos históricos en los cuales la interacción puede ser enunciada como proceso de sincretismo, no han producido impacto negativo en forma significativa sobre la enfermedad y la sanación de las poblaciones. Pero en una etapa posterior, hubo efectos negativos, provocados por hechos en los cuales no hubo sincretismo, sino ruptura abrupta de la cultura regional y con ello, en primer término, confusión acerca de cómo abordar la sanación de los desequilibrios que trajeron como consecuencia esta ruptura y en segundo lugar, imposición unilateral de modelos supuestamente ideales de intervención, diagnóstico y curación desde el poder y de acuerdo al conocimiento y entendimiento de las autoridades nacionales.

Este último concepto se materializó y se consolidó a partir de los programas nacionales o planes provinciales de “salud”, los que fueron diseñados desde los gobiernos centrales, quienes reprodujeron modelos europeos en un principio y norteamericanos en fechas más recientes. Estos programas y planes tenían y tienen aún como base de sustentación la “standarización” de las intervenciones, con un enfoque unidireccional hacia los destinatarios.

La instrumentación de estos programas ha generado mucha confusión en las culturas regionales y también resistencia para su implementación; esto obliga a evaluar y revisar la intervención del estado, ya que los efectos mencionados tienen una gran influencia sobre el proceso de enfermedad-desequilibrio-sanación-curación y concepción de la enfermedad.

²¹ Datos de historia local en: Valmitjana, Ricardo. "Sanidad y Medicina en la Vieja Aldea", en "Historias de Bariloche", Revista TODO.

En la actualidad nos encontramos con sistemas y modelos cerrados que ofrecen grandes dificultades para la creación de espacios de discusión para evaluar, revisar e implementar acciones que tomen en cuenta la interculturalidad en medicina, camino que consideramos uno de los pocos existentes tendiente a la transformación de los sistemas y modelos vigentes en beneficio de los destinatarios.

Diagnóstico Transcultural y Espacios Posibles de Acción Intercultural

J.W.Berry, en su artículo “Psychology of Acculturation”, describe distintas variables en relación a las situaciones transculturales, y conceptualiza cuatro “Actitudes Transculturales”, tomando como ejes: 1.- si es considerado de valor para un grupo étnico determinado mantener su identidad cultural, y 2.-si es considerado de valor relacionarse con otros grupos. Llega así a definir cuatro conceptos, que son: Integración, Asimilación, Separación y Marginalización.

Hemos trabajado con este marco teórico de Berry, integrándolo a otras disciplinas. Creemos que un factor que influye de manera importante sobre las “actitudes transculturales” es la relación de Grupo Dominante-Grupo Dominado. Cuando el Grupo Dominante tiene una posición en la cual se refleja una apertura multicultural, es mayor la posibilidad de encuentro intercultural y de Integración. La postura hegemónica del Grupo Dominante seguramente dará lugar a Asimilación, Separación o Marginalización, de acuerdo a las características del Grupo Dominado.

A partir de esa relación, son seleccionados de forma consciente o inconsciente, de la amplia batería significativa, aquellos significantes que provocan la significación buscada. Queremos decir, que los significantes que definen a las culturas en juego, así como la relación entre ellas, y las actitudes transculturales, no son al azar, sino que son el fruto, en gran medida, de la posición del grupo dominante.

Volviendo a los cuatro momentos históricos a los cuales nos referimos anteriormente, podríamos decir que:

1.- El proceso de Araucanización fue un proceso de sincretismo entre dos culturas originarias, en el cual el grupo dominante fue el grupo inmigrante (Mapuche), sucediéndose un proceso lento, de 300 años de historia, en el cual tuvo lugar la Integración, con una cierta Asimilación de la cultura Tehuelche.

2.- En la llegada de los Jesuitas hubo un intento de Asimilación, determinado por la posición de etnias dominantes en el mundo, que consideraban lo distinto a ellas como “incivilizado”.

Hubo, en medio de estos procesos, una cierta Integración, dado que la misma fue, para los Jesuitas, el medio para “llegar” a quienes querían conquistar, y en el caso de los nativos, aprehendieron algunos conceptos traídos por sus conquistadores.

3.- Durante la Conquista del Desierto hubo una desintegración de las etnias aborígenes, siendo los efectos posteriores la Marginalización, determinada por el “lugar” que pasaron a ocupar determinados grupos, la Separación, como respuesta de los pueblos, y la Asimilación, como efecto a largo plazo.

4.- En relación a la Inmigración Europea, hubo, en mayor o menor proporción, una Integración entre los inmigrantes y quienes habitaban este suelo.

El resultado de lo anteriormente descrito, así como su efecto a largo plazo, dan lugar a un Espacio Actual en el cual confluyen estas cuatro actitudes descritas por Berry, debiendo entonces ser pensado como un espacio Mixto.

Tomando este espacio como un pasible “Espacio Intercultural” sobre el cual operar, es nuestra tarea individualizar aquellos significantes que obstruyen la comunicación y la interrelación, e ir introduciendo otros nuevos, que la posibiliten.

En nuestra área geográfica, la cultura dominante sigue siendo la cultura occidental, ajustándose el sistema médico a la misma; este sistema médico, que no logra ser eficiente, y no logra descubrir las razones de su ineficiencia, se encuentra sin embargo en una posición en la que recibe escaso cuestionamiento acerca del tipo de medicina a implementar. Por este motivo, debemos considerar que el Espacio Intercultural es un espacio a construir .

Cómo realizar esta construcción? En virtud de no ser la Interculturalidad un objetivo buscado por el Grupo Dominante (Medicina Oficial) , se debería tomar algún rasgo de la cultura occidental que funcione como eslabón, por ejemplo: si el grupo receptor en salud (Grupo Dominado) presentara como moción realizar cambios en el Sistema de Salud, seguramente la primer reacción del sistema sería negativa, ya que su postura es que sea el prestatario quien se adecue; las culturas originarias y populares ocupan un lugar denigrado, y quienes fueron “formados” en el marco de la medicina oficial están Escasamente interesados en aprender acerca de “Curanderas”; ante esto, un posible eslabón es la formación en Etnomedicina de los agentes de salud, disciplina que permitiría aunar ambos discursos, el científico y el originario-popular, y anudarlo a la realidad actual.

Interculturalidad en Salud: Su Puesta en Práctica

Hace ya algo más de diez años que entidades internacionales de salud como la Organización Mundial de la Salud (OMS) la Organización Panamericana de la Salud (OPS), así como otras entidades como el Banco Inter-Americano de Desarrollo (BID) han estado desarrollando consultas y propuestas sobre la interculturalidad en salud. Un documento interno del BID correctamente sugiere una serie de consideraciones que deben tomarse en cuenta al intentar implementar programas de esta naturaleza. El documento plantea cinco preguntas a considerar:

- 1) Está el programa diseñado para respetar las protecciones constitucionales de prácticas indígenas y para satisfacer las garantías constitucionales de acceso a servicios de salud apropiados y de calidad?
- 2) Ha sido desarrollado con participación real de la población indígena?
- 3) El programa reconoce y responde a las distintas cosmovisiones, definiciones de enfermedad y salud, y demandas de los beneficiarios?;

- 4) El programa reconoce los límites de la medicina occidental y ha adecuadamente evaluado y considerado el rol positivo que la medicina indígena puede tener en mejorar el atención a la salud?;
- 5) El programa tiene en cuenta cuestiones de derecho a la propiedad intelectual para medicamentos y tratamientos derivados de prácticas indígenas? (Perafán, 2000).

Los antecedentes de esta postura devienen de una serie de consultas que comenzaron en forma oficial en 1993. En ese año, un documento preparado para el Consejo Directivo de la OPS (OPS/OMS, 1993a) planteó cuestiones éticas y legales sobre la interculturalidad en salud, señalando que: “Entre las áreas de políticas que merecen especial consideración y desarrollo está la que se refiere a las prácticas tradicionales y a la utilización y preservación de plantas medicinales.” Ese mismo año, en el marco del Año Internacional de Pueblos indígenas de la ONU, la OPS, con el auspicio de la Sociedad Canadiense para la Salud Internacional y otros organismos, celebró una reunión de consulta sobre salud de los pueblos indígenas en la ciudad de Winnipeg, Canadá. Las conclusiones centrales del encuentro fueron las siguientes: La necesidad de adoptar un concepto holístico de la salud; El derecho a la autodeterminación de los pueblos indígenas; El derecho a la participación sistemática; El respeto de las culturas indígenas y su revitalización; La reciprocidad en las relaciones.

Según relata Myrna Cunningham (2002) las recomendaciones de los indígenas presentes ese encuentro se incorporaron en un informe aprobado por el Consejo Directivo de la OPS-OMS que se conoce como la Resolución V, “Salud de los Pueblos Indígenas” (OPS/OMS, 1993b) y que ha servido de base para la Iniciativa de Salud de Pueblos Indígenas (SAPIA). Dicha resolución se constituye en un compromiso de los gobiernos miembros, a nivel político, de otorgar prioridad al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas, respetar su cultura y sus conocimientos ancestrales.

Entre los aspectos que consigna la Resolución V están los siguientes:

- a) La participación de líderes y representantes de pueblos indígenas en la formulación de políticas y estrategias de salud y el desarrollo de actividades de salud y medio ambiente dirigidas hacia sus pueblos;
- b) Fortalecimiento de la capacidad técnica, administrativa y gerencial de las instituciones nacionales y locales responsables de la salud de pueblos indígenas;
- c) Asegurar mayor acceso de los pueblos indígenas a los servicios de salud y atención de calidad;
- d) Necesidad de acciones intersectoriales (gobierno, ONGs, universidades, centros de investigación, organizaciones indígenas);
- e) Promover la transformación de los sistemas de salud, apoyando el desarrollo de modelos alternativos de atención a indígenas, incluyendo la medicina tradicional y la investigación sobre calidad y seguridad.

Cunningham (2002) (68) también señala que con el enfoque intercultural, “los pueblos indígenas y comunidades étnicas pueden innovar planes y programas de acuerdo a su propia realidad.” Este enfoque en la organización de prestaciones de salud permitiría que la cosmovisión de los pueblos y comunidades involucrados, en lugar de constituir una

barrera, se constituyan “en el espacio idóneo para reducir las contradicciones entre lo que hacen en sus comunidades y lo que encuentran en las unidades de salud (hospitales, puestos, centros de salud).” Cunningham (2002) plantea que con la salud intercultural los pueblos indígenas y comunidades étnicas pasan a ser sujetos que participan en la construcción de su propio modelo de salud. La discusión de un modelo de salud intercultural abre las posibilidades para comenzar a construir redes interétnicas basadas en el respeto a la diversidad étnica y cultural. Complementariamente, si se asegura la incorporación de lo comunitario y endógeno basado en la experiencia ancestral de saberes y conocimientos, esto ayuda a romper el esquema tradicional de que el profesional y trabajador de la salud es el experto que sabe y las comunidades sólo los recipientes de conocimientos y atención externos.

En 1999 la OMS llevó a cabo una Reunión de Consulta Internacional sobre salud de pueblos indígenas (Rahima, 1999), donde se propuso un marco de trabajo de políticas de salud para los pueblos indígenas que plantea algunos pre-requisitos, características del enfoque y principios básicos. Los pre-requisitos son: el respeto por los derechos humanos fundamentales; el reconocimiento de los pueblos indígenas; y la voluntad política del estado. El enfoque tiene que tener las características de interrelación, autodeterminación y equidad; y debe basarse en los principios de afirmación cultural, relaciones intersectoriales, integración vertical, control, mejora de capacidades, propiedad intelectual, calidad de la información, responsabilidad, y acceso a los recursos.

En la mayoría de los países Latinoamericanos existe una variedad de experiencias interculturales de salud que están desarrollándose con mayor o menor dificultades y éxito. No es el objeto de este ensayo detallarlas, sino señalar que es fundamental avanzar en articular esta variedad de experiencias tanto para aprender de ellas como para fortalecer sus posibilidades a través de la solidaridad continental. Para finalizar esta presentación, ofrecemos como ejemplo ilustrativo una experiencia en la que estamos participando.

Un grupo de entidades compuesto por el Parlamento Mapuche, el Grupo de Estudios y Acciones Multiculturales de la Universidad Fasta, la Assembly of Manitoba Chiefs y el Centre for Aboriginal Health Research de la Universidad de Manitoba, están diseñando una propuesta de salud intercultural a desarrollarse en la zona de Comallo de la provincia de Río Negro, Argentina. Los pobladores Mapuches de la zona han reclamado que las prestaciones de salud cubran sus necesidades (a nivel de acceso a la prestación, de tratamiento y de prevención) teniendo en cuenta las tres cosmovisiones de la medicina que co-existen en la región: aborígen, popular y oficial (occidental). El proyecto tenderá a entender mejor las interacciones entre las tres cosmovisiones, e intentará implementar cambios en el sistema de prestación. Para ello se creará una Comisión Intercultural de Salud, compuesto por representantes Mapuches y personal sanitario. El plan es implementar una experiencia piloto de prestaciones de salud culturalmente apropiadas, integrando prácticas de salud tradicionales y occidentales. La evaluación de esta experiencia permitirá extender su aplicación a otras prestaciones así como a otras zonas de la provincia.

BIBLIOGRAFÍA

Armaignac, H.: “Viajes por las pampas argentinas”, Eudeba, Bs As. 1974.

Berry, J.W. "Psychology of Acculturation" Nebraska Symposium on Motivation, USA, 1983.

Canclini, A.: “Jorge A. Humble, médico y misionero patagónico”. Ediciones Marymar. Buenos Aires, 1980.

Cornejo, L.- Gallardo, F.- Mege, P.: “San Pedro de Atacama, DMT”. En Mundo Precolombino, Revista del Museo Chileno de Arte Precolombino N° 1, Santiago, Chile, 1994

Cueto, Marcos, Ph.D.: “Historia de la medicina peruana”. Universidad Peruana Cayetano Heredia En: www.colmedi.org.pe

Cunningham, M. Etnia, cultura y salud: La experiencia de la salud intercultural como una herramienta para la equidad en las regiones autónomas de Nicaragua. OPS, Washington DC, 2002.

De Rosales, Diego: “Historia general del Reino de Chile, Flandes Indiano”.

Estrella, Eduardo: “Consecuencias epidemiológicas de la conquista de América”. Facultad de Medicina, Universidad Central de Quito, Ecuador. En: www.plantasmedicinales.org

Fericgla, J.: “El peso central de los enteógenos en la dinámica cultural”. En: <http://www.colciencias.gov.co/seiaal/congreso/Ponen1/FERICGLA.htm>.

Frazer, J.: “La rama dorada”. Fondo de Cultura Económica, México 1992.

Guerrino, A.A.: “La medicina en la Conquista del Desierto”. En: Revista de Gendarmería Nacional. Bs As. S/f.

InfoRed SIDA de Nuevo México: “Curación tradicional de los indios americanos”. Proyecto del Centro para la Educación y Entrenamiento sobre el SIDA de Nuevo México. Parcialmente consolidado por la Biblioteca Nacional de Medicina y el Departamento de Salud de Nuevo México. Hoja N° 708E. Mayo 2002.

García Díaz, F.: “El consumo de drogas en los pueblos precolombinos”. En: Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología, “Reflexiones”, RECPC 04-R3 (2002). En <http://criminet.ugr.es>.

Maquiña Vargas, Ciro: “La medicina científica occidental, otras alternativas y las plantas medicinales: una nueva visión. En: Revista Diagnóstico, Vol.41, N° 1, Perú, enero-febrero 2002.

McNeill, William; "Plagas y pueblos". Madrid, Siglo XXI, 1984

Musters, George: "Vida entre los Patagones". Editorial Solar/Hachette, Buenos Aires 1964

OPS/OMS. La salud de los pueblos indígenas. 1993a.

OPS/OMS. Resolución V "La salud de los pueblos indígenas". 1993b.

Perafán, C. Indigenous peoples and health: Issues for discussion and debate. Documento Interno. BID, Washington DC. 2000.

Paz Otero, Gerardo: "La Medicina en la Conquista y la Colonia", 1.974, Capítulo IV, "Medicina y Teurgismo en la Conquista" pp 43-48, Bogotá, Editorial GAB

Rahima. Memorias de la consulta de pueblos indígenas en Ginebra. 1999.

Ruiz, Edwin: Asociación de Historia de la Medicina, Perú. En: Revista Cambio. www.cambio.com.co

Vallmitjana, Ricardo. "Sanidad y Medicina en la Vieja Aldea", en "Historias de Bariloche", Revista TODO.

Villatoro, E.: "Promoción de la medicina y terapias indígenas en la atención primaria de la salud: el caso de los Maya de Guatemala". División de desarrollo de sistemas y servicios de salud. Organización Panamericana de la salud. Washington DC, noviembre 2001.