

PATAGONIA ARGENTINA, CONTRASTE DE REALIDADES

Ana Albornoz, Raúl Calfin, Beatriz Carbonell, Valentina Farías (por orden alfabético)

GEAM

Publicado en: "Vivereoggi", la revista mensual de la comuna de Milano, Italia. Año 14. N^a 7. Septiembre de 2000.

Presentación

El objetivo de la presente comunicación es dar a conocer las características socioculturales de nuestra ciudad y su interacción con el inmediato medio rural, destacando a través de una breve reseña histórica su actual composición multiétnica.

Analizaremos también brevemente cómo influye esta complejidad en la problemática de la salud.

Caracterización geográfica

Nos ubicamos en la República Argentina, en su extremo más austral, en la región llamada Patagonia, que comprende desde el río Colorado hasta el sur, incluyendo la provincia más austral del mundo: Tierra del Fuego.

La Patagonia se extiende todo a lo ancho del territorio, desde la cordillera de los Andes, que la separa de la República de Chile, hasta el océano Atlántico.

Focalizamos nuestro estudio en la ciudad de San Carlos de Bariloche y sus áreas de influencia.

El ejido urbano, ubicado sobre la margen sur del lago Nahuel Huapi, tiene 25 km de longitud, siguiendo su conformación el relieve montañoso y la costa de los lagos que se encuentran en la zona.

Su población ronda los 100.000 habitantes, con una mayor concentración en el radio urbano y el resto en áreas periurbanas, constituyendo diferentes barrios.

El clima es frío en invierno, con temperaturas mínimas de 18 grados centígrados bajo cero, y cálido en los meses de enero y febrero (verano), registrándose temperaturas de hasta 35,5 grados centígrados. La temperatura media anual es 8,4 grados centígrados.

Las lluvias y el viento, las nevadas y las heladas afectan el confort y las actividades, creando en conjunto con la geografía un modo de vida riguroso, especialmente para los habitantes de los barrios periurbanos donde reside la población con menores recursos socioeconómicos. Gran parte de esta población es de ascendencia indígena mapuche y ha migrado por diferentes causas desde las áreas rurales inmediatas, tanto argentinas

como de la vecina República de Chile.

Denominamos áreas de influencia a aquellas poblaciones rurales alejadas de la ciudad pero que dependen de ella para su atención o derivación sanitaria, ya que San Carlos de Bariloche es el único centro urbano de alta complejidad en la región. En dichas áreas, la población es mayoritariamente de ascendencia mapuche.

Antecedentes históricos

En la actualidad se estima que la Patagonia está poblada desde hace 13.000 años. *Bandas* (1) de cazadores nómadas de fauna hoy día extinta (como el caballo americano) poblaron el extremo austral, sentando las bases de una forma de vida que perdurará hasta la llegada del hombre blanco.

La etnia que ocupaba nuestro territorio en ese entonces era la Tehuelche: cazadores recolectores nómadas *de guanaco y ñandú* (2), que se desplazaban conformando bandas en amplias extensiones prácticamente despobladas, siguiendo distintos itinerarios que implicaban un fuerte sentido de territorialidad, a pesar de su nomadismo.

A partir del siglo XVII, si bien las relaciones entre los indígenas de Chile y Argentina se presentan a nivel prehistórico, etnias originarias del sur de Chile, conocidas por los españoles como Araucanos y autodenominadas Mapuche, avanzan hacia el Este de la cordillera, produciéndose un complejo fenómeno de sincretismo cultural, conocido como *araucanización* de las Pampas, dando como resultado la conformación de etnias que comparten rasgos de ambas culturas ancestrales.

Los araucanos, originalmente horticultores, adoptan la vida nómada cazadora del tehuelche. La actividad extractiva se complementa con caza de ganado (introducido por el europeo). Este ganado prosperaba en estado salvaje en gran cantidad. La organización social se complejiza asimilándose a la mapuche, constituyéndose *tribus* (3).

La lengua hablada es también la araucana (*Mapu dungum*), las concepciones religiosas proceden de ambas fuentes culturales.

Así, la *cosmovisión* (4) de ambas culturas (Tehuelche y Mapuche) se articula en función de las relaciones entre el plano terrestre y el plano celeste o cósmico.

Se concibe una unidad de funcionamiento universal en la cual la tierra, el cosmos, la naturaleza, el hombre, la vida material y la espiritual se hallan integradas (concepción unicista).

Es una racionalidad distinta a la nuestra que incluye la organización del cosmos con sus propias fuerzas y leyes y estando las concepciones de salud, enfermedad y curación insertas en esta organización.

La enfermedad es considerada por estos pueblos como de origen sobrenatural, puesto que, según su visión, es provocada por seres o fuerzas cósmicas.

La salud solo puede entenderse como una armonía entre el hombre, su entorno y el cosmos.

La curación se produce a través del *Chamán (5) la Machi* para la cultura mapuche, quien tiene además funciones sacerdotales y adivinatorias.

Las ceremonias curativas eran grupales y se denominaban *Machitún*. La capacidad fundamental de la machi consiste en dominar las técnicas del éxtasis, es decir, puede transportar su espíritu a cualquier lugar del cosmos, separado del cuerpo, y luego retornar a él. El estado de trance se alcanza empleando el sonido rítmico del tambor sagrado (*Kultrum*) sin el empleo de alucinógenos.

Ciertas enfermedades menores no requerían la asistencia del chamán y podían curarse mediante herboristería, utilización medicinal de elementos naturales (animales o minerales).

Podemos decir que la medicina mapuche se destaca entre otras por la calidad de sus conocimientos y es notable el uso medicinal de plantas de la zona.

Prosiguiendo con la historia, el ganado abundante de los siglos XVII y XVIII, cazado por indígenas y blancos, fue desapareciendo. La introducción del *alambrado (6)* y las estancias, dejó al indígena sin su fuente de recursos, recurriendo al *malón (7)*.

El nuevo orden mundial de la segunda mitad del siglo XIX (segunda etapa de la revolución industrial) exige buenas carnes y nuevos terrenos para la crianza de ganado, destinada a la industria frigorífica, expandiéndose la "frontera blanca" sobre territorio hasta entonces de dominio indígena.

Hacia fines del siglo XIX, se lleva a cabo la "Conquista del Desierto", campañas militares argentinas que concluyen con la desarticulación de estas etnias.

Los sobrevivientes indígenas de la "Conquista del Desierto" fueron reubicados en tierras paupérrimas, se les prohibió hablar su lengua, practicar su religión, etc. Se genera así un problema étnico por el cual los pobladores originarios de la Patagonia quedaron incorporados a la cultura occidental.

San Carlos de Bariloche

La población blanca surge inicialmente a fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX por la inmigración de alemanes procedentes de colonias del sur de Chile y algunos norteamericanos.

Su economía estaba fundada en la ganadería y el fuerte intercambio comercial transcordillerano.

En 1902 se realiza la fundación oficial de San Carlos de Bariloche. A los alemanes se suman los suizos, italianos y españoles.

Hacia 1920 Bariloche y su área de influencia contaba con una población de 2.000 inmigrantes italianos. Entre ellos se destaca el Sr. Primo Capraro, primer vicecónsul de Italia.

Capraro lleva adelante una empresa que cubre todos los aspectos comerciales del reciente pueblo, siendo el mayor proveedor de fuentes de trabajo (300 familias), a tal

grado que el incendio su aserradero trae como consecuencia una fuerte disminución de la población, que debe migrar en búsqueda de otras fuentes laborales.

El primer médico, Benito Bereentbruggen, de origen belga, llega en 1907. Hasta entonces la ausencia de un médico hacía que los enfermos fueran llevados a Chile o se trataran con hierbas medicinales, combinando conocimientos mapuches y europeos.

Hacia 1915 se inicia una sala de primeros auxilios en Bariloche y en 1920 llega el segundo médico.

El Hospital Zonal se inaugura en 1938. En ese entonces todavía la población europea vivía en lo que es ahora el centro de nuestra ciudad y la población de ascendencia indígena se ubicaba en escaso número en su periferia y mayoritariamente en la zona rural.

En la actualidad, debido a un agotamiento del sistema económico tradicional de la zona rural (pequeños productores de ganado ovino en zona de tierras paupérrimas), parte de esta población ha migrado hacia la ciudad.

Problemas rurales y periurbanos

Las zonas rurales son áreas de gran extensión, con población dispersa, habiendo pequeños asentamientos poblacionales con grandes distancias entre sí.

Desde un enfoque sociocultural, puede asegurarse que en estos lugares (a excepción de los nucleamientos más importantes) los valores culturales ancestrales tienen jerarquía y contribuyen a mantener al hombre en una interacción con el medio y por tanto en equilibrio.

Por este motivo y a pesar de la gran dureza geográfico-climática, gran parte de la población rural prefiere la vida en su lugar de origen.

La ciudad les traería asimismo problemas de integración a un medio muy diferente.

En la zona periurbana conviven *inmigrantes chilenos* (8), en su mayoría de raigambre aborigen, pobladores de las zonas rurales, también de origen indígena, y en menor medida población de clase media empobrecida; estos padecen numerosas dificultades en relación con las posibilidades de asistencia social, sanitaria, educativa, religiosa, etc. Carecen de un trabajo permanente, sus viviendas de madera son precarias, sin los servicios básicos necesarios. Es muy elevado el índice de necesidades básicas insatisfechas (73,44 % en 1989).

En esta área las dificultades de asistencia médica se centran en la saturación del sistema en sus posibilidades de cobertura y en que los modelos utilizados no dan respuesta a una serie de demandas que se originan en el choque sociocultural (el sistema trabaja desde la cultura occidental y los que reciben esta atención son en su mayoría de origen indígena). Se producen, entre otros, fallas en la comunicación, que la gente refiere como no entender “el mensaje” o falta de información. Asimismo, los diferentes valores, producto de cosmovisiones tan distintas no conocidas por “el otro”, alejan aun más la posibilidad de entendimiento. En su mayoría, los receptores de las prestaciones se sienten desvalorizados frente a esta realidad.

Dentro de este marco poblacional podemos distinguir el uso de tres tipos de medicina:

- 1- La medicina occidental, que se ejerce en el Hospital Zonal, así como en clínicas y consultorios privados.
- 2- La medicina nativa que perdura en la zona rural.
- 3- La medicina popular, resultado del sincretismo entre las medicinas occidental e indígena.

Cada habitante, según su idiosincrasia, elige itinerarios diferentes, empleando alternativamente los distintos tipos de medicina.

Creemos que estos factores deberían ser tenidos en cuenta como fundamentales, tanto en los programas de capacitación como en los de asistencia.

Conclusiones

“La enfermedad es universal en la experiencia humana y particular a cada cultura”.

Cuando los programas de salud se basan en el paradigma que instituye solo el cuerpo como el espacio de la salud/dolencia, están dejando de lado la totalidad fundamental del ser humano.

El ser humano es una unicidad físico-psíquico-cultural.

Nuestro Sistema de Salud plantea su pedagogía a partir de la enfermedad-dolor-muerte, sin considerar al hombre sano.

Se produce de alguna manera un proceso de deshumanización cuando desde el Sistema de Enseñanza en Medicina se plantea el conocimiento fragmentado en materias, y el cuerpo humano en compartimentos; esto se reproduce en la práctica y luego en el hecho social de curar.

En San Carlos de Bariloche, la población de origen mapuche, como ya se ha citado, es demográficamente importante, con un alto grado de incidencia en su estructura social.

Existe en esta cultura el concepto *Küme mongñen*, que significa 'equilibrio entre la persona, la naturaleza y lo sobrenatural'. El *küme mongñen* es el resultado de la influencia siempre dinámica de perfiles agresores y perfiles protectores de la calidad de vida del grupo humano.

Se hace necesario desarrollar un nuevo conocimiento y una actitud que incorpore los saberes tanto occidentales como de los pueblos originarios (Mapuche y Tehuelche) que fortalezca los puntos comunes y respete los diversos.

No se contemplan en la legislación de nuestra Provincia de Río Negro (tal como en parte si es tenido en cuenta en la vecina provincia de Neuquén) acciones en educación, justicia y salud biculturales (cultura mapuche-cultura occidental).

Urge la necesidad de crear un cuerpo eficaz de agentes de salud biculturales.

Muchos pacientes (sobre todo en grupos de migración) van y vienen entre propuestas

terapéuticas distintas, adoptándolas o rechazándolas, según malestares, tiempos, posibilidades (económicas) y circunstancias.

El choque de creencias se pone de manifiesto a lo largo de los procesos curativos, centrándose en la relación médico-grupo/paciente.

Se enfrentan sistemas de conocimiento de diferente raíz sociocultural.

El sujeto enfermo no es solo un “paciente”, es un sujeto con conocimiento, y es ese conocimiento que tiene la gente el que no puede distribuirse según pertinencias epistemológicas o institucionales.

Por otra parte, los médicos reproducen en la práctica el modelo de medicina que aprenden como única y última verdad, sin considerar los “diferentes mundos” superpuestos o excluidos, integrados o disgregados.

El uso de los sistemas de salud no puede tener una única dirección.

El paciente y su grupo son sujetos que conocen, no pueden ser solo “objetos de conocimiento” cuando se deba construir criterios de aplicabilidad en la medicina actual.

Glosario

- (1) *Bandas*: grupos humanos de dimensiones reducidas, formados de familias emparentadas entre sí, en este caso por la línea paterna. Las bandas son una forma de organización social y política simple. No existe en ellas un jefe absoluto, sino un líder que es quien decide hacia donde se dirigirán, en pos de las presas q cazan.
- (2) *Guanaco (Lama Guanicoe)*: mamífero de porte mediano, pertenece a la familia de los camélidos. *Ñandú (Peteronemia pennata)*: ave corredora de gran tamaño, de aspecto similar al avestruz.
- (3) *Tribus*: tipo de organización política compleja, liderada por un cacique. Los integrantes de una tribu se hallan emparentados, por vía masculina para el caso de los mapuche. Las familias se asocian en linajes y estos, en clanes, que constituyen la tribu. Los varones reconocen un antecesor mítico común (*Tótem*). Este puede ser un elemento de la naturaleza (piedra, sol, viento) o un animal (tigre, serpiente, etc.).
- (4) *Cosmovisión*: Forma de interpretar o explicar el funcionamiento del mundo y la posición que ocupa el hombre en él.
- (5) *Chamán o Shamán*: “médico”; persona q reconoce e interpreta la cosmovisión de cada grupo, actuando de intermediario entre el mismo y la deidad, para la sanación.
- (6) *Introducción del alambrado y las estancias*: el ganado vacuno y el equino introducido por el europeo, hacia el siglo XVI, se reprodujo en gran cantidad en la pampa, pareciendo olas que recorrían las extensiones. La población originaria cazaba el caballo para su consumo, mientras que el hombre blanco lo hacía para aprovechar su cuero, el cual era exportado a Europa. El resto del animal era desaprovechado. Esta práctica denominada *vaquería* agotó el ganado salvaje. A

fin del siglo XIX, este debe ser criado en estancias (grandes extensiones rurales, de miles de hectáreas, limitadas por alambrados).

- (7) *Malón*: Al agotarse el ganado salvaje, la población originaria recurre para abastecerse al robo de este en las Estancias.
- (8) *Inmigrantes chilenos*: Grupo migratorio mayoritario, q fundamentalmente en la década del 70, a raíz de problemas políticos, ideológicos y económicos, se va a volcar masivamente hacia localidades argentinas vecinas, para trabajar por temporada, instalándose después, para mejorar sus condiciones de vida.

Bibliografía utilizada

Albornoz, Ana (1999): “Conferencias”.

Albornoz, A. y Aizen, E. (1993): “La cultura mapuche, su pasado histórico y la actualidad en los barrios marginados de Bariloche”.

Aizen, Elena: “Sistema médico y cosmovisión tehuelche y araucana”.

Grebe, María E. (1972): “Cosmovisión del mundo mapuche. Aspectos atropológico-sociales”, *Cuadernos de la realidad social* N° 14. Santiago de Chile.

Mange, Lilly (1999): testimonio oral.

Valmitjana, Ricardo: “Sanidad y medicina en la vieja aldea”, en *Historias de Bariloche*.

Fuentes

Archivo del Viceconsulado italiano de Bariloche.

Colaboradores

Arko, Toncek: fotógrafo de prensa. Actualmente se desempeña en el diario Río Negro. Agradecemos su colaboración fotográfica en el presente trabajo.

Bianchi, Lorenzo: Profesor de idioma italiano en el Instituto Dante Alighieri. Agradecemos sus ideas y críticas a este trabajo.

Otero, Gabriela: Técnica de la dirección de cultura de la provincia de Río Negro. Agradecemos su participación en la descripción geográfica.

Tomba, Fabiana: Vicecónsul italiana en la ciudad de San Carlos de Bariloche. Agradecemos su aporte documental desde el archivo del Viceconsulado italiano.