

La medicina tradicional y su lugar en la atención de la salud en el sur y oeste de La Pampa.

Facundo Arteaga. Centro Argentino de Etnología Americana – Instituto Universitario Nacional de Arte. facundoarteaga@gmail.com

Mesa J 28 La salud en contextos interculturales

Introducción

Contrariamente a lo que se piensa, la medicina tradicional existe y está vigente participando activamente de las ofertas de medicinas en la actualidad. Debido al aumento de la demanda de una atención médica más diversificada en las regiones urbanas y rurales (principalmente en la primera) y considerando los factores de contención social, la eficacia terapéutica y el soporte que encuentra en la población del área de estudio, es importante estar atento al papel que juegan éste tipo de medicinas en la población.

La conceptualización de la Medicinas Tradicionales varía de país a país en América Latina (OMS, 1999), y en lo que hace específicamente a la Argentina se han propuesto distintas conceptualizaciones.

Hugo Ratier (1972) denomina como Medicina Folk a aquella que escapa a los cánones de la medicina oficial y se basa en prácticas antiguas, cuya mayor vigencia se registra en la campaña, pero no solo en ella. La composición de esta terapéutica se funda en:

- 1- el sustrato indígena que ayudó a marcar diferenciaciones regionales.
- 2- los elementos de la medicina clásica que llegan con los conquistadores españoles.
- 3- el aporte de la medicina moderna a través de 2 canales: la medicina culta de las ciudades y los manuales de medicina doméstica en manos generalmente de boticarios.

Este autor sostiene que hay 3 componentes que todos los autores que tratan esta temática señalan presentes en esta medicina: el mágico, el religioso y el natural.

El mágico consiste en la manipulación de las fuerzas sobrenaturales para producir efectos o dominar fuerzas naturales. Para esto hay dos caminos: la magia blanca –a través de la ayuda de entes celestiales- o la magia negra –basadas en fuerzas malignas destinadas a hacer daños-.

Lo religioso parte de la creencia en la omnipotencia de Dios y en la eficacia en los Santos e invocaciones en la Virgen María como intermediarios ante el ser supremo.

El aspecto natural es quizás el más positivo como este autor sostiene, incluye productos vegetales, animales y minerales que integran la farmacopea curanderil. También reconoce la existencia de tipos de especialistas (Vivante, 1959: pp. 265-267) que llevan adelante la praxis terapéutica.

Otro especialista en este campo es Pérez de Nucci (1988), quien define a la medicina popular sobre la base de la experiencia, la magia, el tabú y la religión, en donde la acción del curador es diagnóstica, protectora, terapéutica y maléfica. Por otro lado Arrué y Kalinski (1991) la definen como las prácticas de atención de la salud con raíz aborigen y aspectos de la medicina oficial que progresivamente se han ido popularizando.

Sin embargo, la medicina tradicional que funciona en un grupo determinado debe ser analizada no en sí misma, sino referida al sistema cultural dentro del cual el grupo utiliza un espectro de representaciones y prácticas provenientes de dicha medicina sino también dentro de un conjunto de saberes que redefinen continuamente el sentido, significado y uso de la medicina tradicional (Menéndez, 1996: 39)

En este trabajo, tomaremos la conceptualización que nos brinda Idoyaga Molina (2002) quien las define sobre la base de dos instituciones, los shamanismos y el curanderismo. A su vez este último genera una forma de autotratamiento tradicional que es conocida con el nombre de medicina casera o doméstica.

Metodología

El enfoque metodológico propuesto se ubica dentro del paradigma interpretativo siguiendo un estilo de investigación cualitativo, desarrollando una etnografía que dio cuenta de los factores, vivencias y significados que explican los procesos de selección y combinación de medicinas. De esta forma trabajamos con esquemas flexibles que se adaptaron al objeto de estudio para poder ser redefinidos durante el proceso de recolección de datos (Robson, 2002).

El presente trabajo se enmarcó dentro de las corrientes hermenéuticas y fenomenológicas, lo que implica la suspensión o puesta entre paréntesis de saberes teóricos y tradicionales y de disposiciones pragmáticas y afectivas (Merleau Ponty, 1945), reduciendo lo que Schütz denominó el mundo del sentido común (1972), para acceder a las vivencias y experiencias del sujeto, las que se constituyen en el núcleo

central del análisis. En un segundo momento, se focalizaron las estructuras de significación, en cuanto esencias de sentidos que explican y permiten comprender las experiencias particulares y los fenómenos concretos en su historicidad. En otras palabras, consideramos al hecho o fenómeno cultural como una estructura que sólo puede ser comprendida teniendo en cuenta todas las asociaciones y significados a partir de un acabado fenomenismo, que deleve el hecho como contenido de conciencia. Esto es, en tanto hecho pensado, actuado y vivido.

Este enfoque nos permitió acceder a las estructuras de significación de los actores sociales del grupo de estudio.

Como dijimos, este trabajo fue abordado desde una perspectiva fenomenológica para dar cuenta de las experiencias de enfermedad y terapia y consecuentemente, de la selección y combinación de medicinas, para así poder no sólo considerar los aspectos objetivos de la enfermedad y las representaciones culturales sino también la experiencia subjetiva (Good, 1994), lo que Kleinman (1980) ha llamado una “etnografía de la experiencia”.

Las técnicas utilizadas durante el trabajo de campo son cualitativas, características de los enfoques hermenéuticos. La mayor parte de la información fue recabada a través de entrevistas abiertas, extensas y recurrentes con informantes calificados, y/o grupo naturales (Coreil, 1995). Se procedió también a la observación y a la observación participante de diferentes praxis terapéuticas llevadas a cabo por curanderos y legos. Ambas técnicas son consideradas clásicas en el campo de la etnografía (Griaule, 1969; Hammersley y Atkinson, 1994; Robson, 2002; Taylor y Bogdan, 1996). El método etnográfico ofrece ventajas para el desarrollo de teoría a través de un registro de conocimiento cultural fundado en el análisis holístico de las sociedades (Hammersley y Atkinson, 1994). La posibilidad de comprender a las culturas bajo criterios de intersubjetividad y significación a la vez que se reconoce a la totalidad del objeto de estudio como horizonte de análisis, hace de la etnografía una estrategia de investigación clave en el abordaje de este tipo de temáticas. En este sentido, las etapas del proceso de elaboración, que incluyen las descripciones densas, la traducción de los patrones culturales, la explicitación y explicación de las “reglas de juego” y a su vez el trabajo hermenéutico de interpretar los resultados, contribuyen a identificar categorías relevantes en la construcción de teoría social (Velasco y Días de Rada, 1997).

La unidad de análisis está conformada por individuos de la provincia de La Pampa. Éstos son una población criolla y mestiza de tres a cuatro generaciones en la zona.

Trabajamos con informantes calificados, considerando como tales a: curanderos, enfermos, familiares de enfermos, concedores de recetas tradicionales y legos.

Se recogieron prevalentemente los caminos terapéuticos de enfermos concretos. Al enfocar los terapeutas tradicionales, consideraremos los procesos de aprendizaje, la iniciación, el uso de auxiliares, qué tipo de actividad incluye su oferta, las nociones relativas a la enfermedad y las teorías etiológicas. Asimismo consideraremos las nociones y significados que suponen prácticas terapéuticas y demás actividades realizadas por los especialistas tradicionales. Entendemos por caminos terapéuticos (Idoyaga Molina, 1999) a los recorridos concretos en búsqueda de salud que hacen los enfermos y afligidos por distintas medicinas y diversos practicantes de una misma medicina. El enfoque de estos itinerarios ofrece ventajas en virtud de que al hablar de sus experiencias de enfermedad, los informantes brindan información –sin preguntas inductivas ni límites temáticos- sobre las manifestaciones del mal, la corporización –*embodiment*- (Csordas, 1994), las emociones y vivencias, las teorías etiológicas, las redes sociales puestas en movimiento, las tensiones sociales generadas en la comunidad -por ejemplo frente a un diagnóstico de mal hecho y una acusación de brujería-, las medicinas frecuentadas, el papel de los curadores, los métodos diagnósticos utilizados y los diversos diagnósticos recibidos, las prácticas terapéuticas, refiriendo desde medicaciones hasta sensaciones y experiencias de la cura ritual, la calidad de las terapias, los motivos de selección y rechazo de las diferentes opciones médicas y de especialistas particulares, entre otros aspectos. Las entrevistas extensas, abiertas y recurrentes permiten que los individuos se expresen libremente sobre la base de sus asociaciones y significaciones, sin ser presionados por las inducciones, preconceptos y recortes previos del campo a investigar. Por otra parte, el enfoque de caminos terapéuticos es de utilidad porque recaba el comportamiento real; no es lo mismo lo que la gente dice que haría en caso de estar enfermo que lo que realmente hace ante los padecimientos concretos (Idoyaga Molina, 1999 y 2002). A la vez, como ha notado Frake (1961), los informantes están de acuerdo en sus descripciones verbales sobre qué hace a una enfermedad diferente de otra, sin embargo, eso no significa que haya el mismo acuerdo cuando se designa al padecimiento que sufre un enfermo particular.

A fin de recoger material de interés, se realizó observación y/o observación participante durante procedimientos diagnósticos, prácticas terapéuticas y rituales. Las entrevistas fueron recabadas magnetofónicamente. Cada informante fue entrevistado recurrentemente, volviendo a los temas para captar las significaciones y

comportamientos referidos en toda su amplitud, su campo semántico y los sistemas valorativos en los que se inscriben. De acuerdo a los requerimientos concernientes al campo del manejo ético de la información, les hicimos saber a cada uno de nuestros entrevistados que podían suspender o retirarse de la entrevista en el momento que lo desearan. También se comunicaron las características y el objetivo de esta investigación a cada uno de los entrevistados. En tal sentido, requerimos su consentimiento respecto al uso de los materiales recabados, así como la utilización de los nombres reales en los relatos seleccionados para el análisis de textos, en virtud de proteger la confidencialidad y el deseo o no de preservar el anonimato.

Dentro del trabajo de gabinete se procedió a la transcripción literal del material de entrevistas y posteriormente a su clasificación y sistematización. Se sistematizó además el material proveniente de la observación, para luego proceder a su confrontación con el material obtenido de las entrevistas.

El análisis de los datos trató de revelar los significados de las vivencias, nociones y prácticas de los actores sociales en relación con las experiencias de enfermedad, aflicción y sanación y el papel que juegan las medicinas tradicionales, así como los motivos de las combinaciones y preferencias terapéuticas por el curanderismo, articulando factores culturales, socioeconómicos, estilos de pensar, calidad de los servicios de salud y las influencias nacionales y globales en los contextos locales.

El trabajo con curanderos nos permitió detectar las adaptaciones que los mismos realizan en función de las nuevas demandas, resultantes de los cambios en el perfil de los consultantes.

En nuestra labor de campo se trabajaron con curanderos, legos, asistentes sociales, maestras, enfermos y personas del contexto más cercano de enfermos en los departamentos de Utracán y Limay Mahuida.

Desarrollo

En la provincia de La Pampa la medicina tradicional que se encuentran en la actualidad son el Curanderismo y el Autotratamiento o Medicina Casera. Los conceptos en que se funda y los remedios que utiliza, sus nociones y prácticas sintetizan¹ saberes populares,

¹ Tomamos el concepto de síntesis cultural propuesto por Taussig (1987) por dar este cuenta de la dinámica de cambio considerando el movimiento de las estructuras de pensamiento que se ponen en juego para incorporar nuevas realidades.

con saberes de raigambre biomédica a los que también se suman terapéuticas rituales de origen católico en su mayoría (Idoyaga Molina, 1999/2000), creencias europeas aportadas desde la época de la conquista y más tarde por los inmigrantes, principalmente italianos y españoles, pero también de otros países europeos.

Para clarificar lo antes expuesto, debemos notar como fue el contexto histórico-social de la región de estudio cuando se dio la situación de contacto entre los grupos pobladores (originarios e inmigrantes).

Desde distintas partes del mundo llegaron al país grupos de inmigrantes. Las colectividades se afincaron y formaron pueblos, barrios e instituciones, en los que trataron de conservar sus costumbres. La gran inmigración al país estaba compuesta mayoritariamente por italianos y españoles los cuales por sus afinidades idiomáticas y religiosas facilitaron su integración con los criollos² argentinos.

También cruzaron el Atlántico rusos, polacos, judíos, sirios, británicos, libaneses, alemanes, armenios, franceses, yugoslavos, portugueses y checos, aunque estos últimos en menor medida.

Los inmigrantes y la población de La Pampa

La política migratoria de fines del XIX propiciaba el poblamiento de los espacios inhabitados a través de la colonización con extranjeros, que serían pioneros en el desarrollo agrícola-ganadero de la región.

Los inmigrantes que poblaron nuestra zona tuvieron características distintas de acuerdo al lugar de Europa de donde provenían. Mientras algunos se asimilaron con rapidez a la cultura criolla otros conservaron los usos y costumbres de sus países de origen, especialmente nos referimos a los alemanes de Volga.

En lo que hace a ésta provincia en particular, durante el siglo XVIII la mayor parte del territorio fue ocupada por los Ranqueles³. La resistencia de las tribus indígenas que habitaban la zona hizo que recién durante el gobierno de Juan Manuel de Rosas se pudiera ir incorporando estas tierras. Posteriormente a la Conquista del desierto (iniciada formalmente en 1879) se sumaron grandes extensiones de tierra a la explotación agropecuaria.

² En Argentina la expresión criollo define a los descendientes de europeos nacidos en América.

³ La denominación *ranquel* es la "castellanización" de su autodenominación: rankülche: *rankül* -caña-, *che* -hombre, gente- es decir "gente de las cañas". El pueblo mapuche estuvo conformada por diferentes grupos llamados *salineros*, *jarilleros*, *medaneros*, *los de los montes* y *los del rankul*, *rankulches* o *ranqueles*.

Una vez terminada la conquista empezó el período poblacional, además de los fortines que estaban de pie se fundó la primera ciudad del actual Territorio Nacional: Victoria. Con respecto a las nuevas tierras usurpadas a los pobladores originarios fueron vendidas para costear parte de la empresa militar llevada a cabo siendo así traspasadas a grandes capitales nacionales e internacionales entre los que se destacaban los británicos, formando colonias dentro de sus grandes extensiones territoriales y contratando a los nuevos pobladores como mano de obra barata, pero también pero también teniendo en cuenta el acervo de conocimientos que traían los inmigrantes respecto a la agricultura y la cría de ganado.

Los primeros pobladores (extranjeros) eran en su mayoría españoles (vascos y gallegos en gran parte) e italianos en menor medida. En un tercer orden están los alemanes, quienes fueron también en un inicio mano de obra de estas colonias hasta que empezaron a adquirir tierras que eran hasta ese momento terrenos fiscales y junto a los españoles e italianos empezaron la colonización de la provincia. Entre los grupos mayoritarios se asentaron hacia el centro, norte y este mientras que los alemanes se formaron una Colonia al Sureste de la provincia –“Colonia Santa María”- en donde ejercieron la agricultura, conservaron su lengua para dentro del grupo y buena parte de su acervo cultural.

Ya en una segunda etapa de inmigración (después de la segunda guerra mundial) a ésta joven provincia, los españoles e italianos que ya estaban asentados con trabajo y/o tierras, trajeron a sus familias que aún se encontraban en el viejo continente, las cuales transitaban un presente adverso por la situación socioeconómica y política en que se encontraban.

En este último contexto, habría que mencionar además la presencia de inmigrantes sirios-libaneses, los cuales si bien eran originalmente agricultores, en nuestro país se dedicaron mayoritariamente al comercio y, en la zona que nos ocupa, al comercio ambulante, llegando hasta todos los rincones incluidos los más inhóspitos.

En este marco se pobló la provincia de La Pampa produciendo una síntesis cultural, que en las generaciones venideras en la que se deja ver los aportes de todos estos grupos arriba descritos.

Medicina Casera y Curanderismo

La **medicina casera** ocupa un lugar de real importancia dentro de las ofertas del sistema médico tradicional criollo de la provincia de La Pampa. Esta, al igual que el

curanderismo, tiene un conjunto de saberes y conocimientos terapéutico-rituales que hacen de dicha medicina una de las más elegibles el momento de tratar diferentes enfermedades. Dentro de la medicina casera podemos distinguir:

1. Autotratamiento: éste incluye el consumo de fármacos de laboratorio y recetas tradicionales de la misma medicina casera que van desde infusiones, tés hasta cataplasmas y es llevado adelante en forma individual.
2. El practicado por los Legos: los legos son los especialistas de la medicina casera. Sus conocimientos sintetizan saberes de grupos indígenas con antiguas ideas reformuladas y re-significadas de la medicina humoral europea (atendiendo que el aporte europeo prevalece por sobre el indígena). Dichos especialistas son a su vez conocedores de los rituales católicos de índole curativos. Los legos son generalmente miembros adultos en poblaciones campesinas criollas y mestizas, y dentro de los saberes que portan se encuentran variadas recetas de origen vegetal, animal y mineral. En este contexto es común la cura de palabra⁴ y la existencia de especialistas de zafaduras (huesos dislocados), quebraduras y quemaduras (Idoyaga Molina, 2002).

En lo que respecta al aprendizaje de los Legos, se puede notar en mucho de los relatos recogidos que es generacional (comúnmente de abuelas a nietas) pero no es un factor determinante como si lo es ser creyente en esta medicina y en la fe cristiana además de tener alguna relación de afinidad.

El lego que se inicia tiene que aprender las diferentes técnicas y/o recetas para el tratamiento de los diferentes taxas. Entre las técnicas nos referimos a la cura de palabra, a la técnica de la medida, “tirar el cuerito” (para curar el empacho) entre otras.

Respecto a los conocimientos de las recetas es absolutamente generalizado, no así la cura de palabra la cual es secreta ya que en caso de divulgarlas las mismas en forma no

⁴ La cura de palabra conocida también como cura por secreto. De acuerdo a Idoyaga Molina (2001) la cura de palabra, llamada ensalmos en la tradición española, es una técnica recurrente practicada tanto por curanderos como por legos, siendo utilizada para el tratamiento de los más diversos males en personas y animales. Las fórmulas para curar son secretas y se transmiten solamente en ciertos días especiales, como en Nochebuena, la víspera de San Juan o viernes santo, sin embargo hay datos recogidos en nuestra labor de campo en las que nota que se pueden hacer ciertas licencias dependiendo del curandero y el contexto. Las fórmulas deben ser memorizadas por el aprendiz, y sólo podrá usarlas en el momento de la terapia. Habitualmente, la cura de palabra o ensalmo utilizada se repite durante tres días seguidos. Antes de comenzar la práctica, el curandero debe persignarse y santiguar al paciente, posteriormente se dicen las palabras mentalmente, guardando silencio. Las oraciones invocan a la Santísima Trinidad, a las figuras del catolicismo, tales como la virgen y diversos santos.

terapéutica las mismas perderían del poder curativo. De los vegetales se pueden utilizar (dependiendo de la receta y la planta) la hoja, el tallo, la flor o la raíz. Se pueden hervir y tomar en infusión, en té o prepararlos para el tratamiento de dolores musculares, óseos, como cicatrizantes, humectantes (en caso de quemaduras), etc. también se saben hacer preparados de vegetales con algunas grasas animales o cenizas.

Por otro lado el **curanderismo** es la segunda medicina tradicional que se encuentra en la provincia de La Pampa. Dicha práctica es llevada adelante por sus especialistas llamados curanderos, los cuales si bien admiten variaciones entre ellos -en lo que respecta a sus prácticas- posee un gran número de elementos comunes que permiten identificarlo fácilmente.

Es, por lejos, la medicina tradicional más difundida, común tanto en áreas rurales como urbanas. Sus nociones y prácticas sintetizan antiguos saberes populares, antiguas praxis y conocimientos biomédicos con terapéuticas rituales de origen católico en su mayoría. Poseen además un acabado conocimiento de las funciones terapéuticas de los vegetales, de algunos minerales y de elementos animales, grasas, entre otras, que les permite administrar los remedios adecuados a sus pacientes.

Entre los saberes de la medicina oficial que forman parte del acervo de conocimientos de los curanderos, aparecen ideas de raigambre humoral, especialmente desdibujados, pues ya no aluden a la concepción de la salud que califica los males, los remedios y los alimentos en cálidos y fríos como ha notado Idoyaga Molina (2002) respecto a la zona de Cuyo y el NOA, es decir a las zonas pobladas desde el siglo XVI y Foster (1994) en México⁵, sino a manifestaciones descontextualizadas, como etiologías de la enfermedad que remiten a mala alimentación o combinaciones inadecuadas, corte del proceso digestivo, exposición a desbalances térmicos, etc.

Al hablar del saber popular de los inmigrantes, nos referimos a las tradiciones aportadas por los colonizadores del territorio. Estos saberes y prácticas fueron más precisamente orientados al reconocimiento diagnóstico y al tratamiento de taxa vernáculos como el mal de ojo, mal aire, pasmo, empacho, culebrilla, pata de cabra, brujería o mal hecho, abertura de carnes, entre muchos otros.

⁵ Coincidimos con Foster (1994) con respecto a que en las prácticas del curanderismo, es fundamental el aporte de la medicina humoral de Hipócrates, ampliamente difundida en Europa e introducida en España por los árabes, pero en nuestra área estos conceptos humorales no se presentan ni siquiera reelaborados como si lo ha notado Idoyaga Molina (2002) en otras zonas del país.

La terapéutica ritual incluye rezos, invocaciones, pedidos y encendidos de velas a las deidades cristianas, la utilización y consumo de agua bendita, la triple repetición de acciones que implica la manipulación del poder del tres, número sacralizado por su asociación a la Trinidad, el uso de agua y aceite, el sahumado de los pacientes y de los espacios corrompidos y la ejecución de la señal de la cruz, símbolo de vida y restauración, como han notado en relación con el NOA y Cuyo Idoyaga Molina(2001 y 2002) y Krause (2000).

Los curanderos no deben pensarse como portadores de conocimientos cristalizados en el tiempo, sino como especialistas que incorporan y refiguran constantemente diversos elementos, tipos de servicios y saberes que les permiten adaptarse al nuevo contexto local y global, convirtiéndose en una opción apreciada por individuos de distintos sectores socioeconómicos y educacionales y en su práctica cotidiana suelen recomendar las recetas tradicionales con fármacos de laboratorio, dependiendo del cuadro que presente el doliente (Idoyaga Molina, 2002).

Pero para alcanzar el status como curandero es necesario haber pasado por una suerte de iniciación y/o aprendizaje. Así diferentes autores distinguen distintos caminos al referirse a la iniciación de los curanderos en la Argentina (Colatarci, 1999; Idoyaga Molina; 1997; Palma, 1978; Pérez de Nucci, 1988; Ratier, 1972; Sturzenegger, 1994) y en España (Briones Gómez, 1996). Entre los mismos encontramos –al igual que en la provincia de La Pampa- dos vías para alcanzar este status de curandero:

- a) Enseñanza de un curandero a un aprendiz.
- b) El llamado a la actividad a partir de:
 - b) 1. Sortear una situación de experiencia crítica de vida (como por ejemplo un accidente o enfermedad)
 - b) 2. El contacto de una deidad u otro ser con características de hierofanía⁶ (Eliade, 1964: pp. 21)

Sistema médico tradicional Criollo

Está sustancialmente demostrado que la atención de la salud incluye el traslapo de diversas medicinas en cualquier sociedad, con independencia de diferencias culturales, étnicas, socioeconómicas, niveles de instrucción y estilos de pensar (Albuquerque,

⁶ Tomamos este concepto en su acepción más amplia del término como algo que manifiesta lo sagrado, pudiendo ser el caso de una piedra u otro elemento que no es menos misteriosa o digna que la manifestación de un Dios, lo que cambia es simplemente la forma (Eliade1968: 15).

1979; Atkinson, 1979; Csordas y Kleinman, 1996; Douglas, 1998; Good, 1987; Guarnaccia y Farías, 1988; Idoyaga Molina, 1999 y 2002; Kunitz, 1981; Leslie, 1980; Unschuld, 1980; Vecsey, 1978; OMS, 2002), lo que no quiere decir que las medicinas ofrecidas y utilizadas sean siempre las mismas.

Es así como ante la crisis del modelo hegemónico, el surgimiento de nuevos “estilos de vida”, las modificaciones del comportamiento frente a la enfermedad, conducen al cuestionamiento de la biomedicina en un gran cantidad de sus aspectos (Menéndez, 1996) e implica búsquedas de otras estrategias terapéuticas. Dichas estrategias no involucran solo al enfermo o al terapeuta, sea este un médico tradicional, un biomédico o un sanador religioso, sino también intervienen un amplio espectro de actores en estos procesos de atención de la salud (Crivos, 2007)

Son muchos los autores que se han dedicado a describir y explicar el campo de las ofertas de prácticas terapéuticas (Dunn, 1976; Good, 1987; Idoyaga Molina, 1999; Leslie, Kleinman, 1980; Press, 1980; Wardwell, 1972). Estos han proporcionando diferentes conceptos teóricos, haciendo hincapié en diferentes cuestiones, pero todos con el fin de describir el pluralismo médico en diferentes contextos.

Así la sistematización de Wardwell (1972) presenta un sistema centrado en los practicantes, pero toma la biomedicina como punto de partida y ubica al biomédico como el especialista que funciona de modelo referencial y ortodoxo. Así, el autor diferencia tres tipologías distintivas, los limitados, los marginales y los cuasi-practicantes.

Los “limitados” refieren a los especialistas que, si bien son aceptados por la biomedicina, su labor es limitada y tratan áreas particulares del cuerpo, tales como los odontólogos, ópticos y psicólogos.

Por otro lado los distinguidos como “marginales” atienden una gran variedad de dolencias y/o padecimientos pero su terapéutica es rechazada por la biomedicina. Se ubican aquí quiroprácticos, homeópatas, naturópatas, reflexólogos y acupunturistas. El fundamento del autor para clasificarlo de esta manera reside en que su terapia se basa sobre fundamentos opuestos a los de la medicina oficial y no pocas veces, contradictorios con ella.

La última tipología de Wardwell de “cuasi-practicantes” refiere a los especialistas que utilizan técnicas terapéuticas pseudo-científicas y no médicas como los sanadores religiosos, los curadores que denomina mágicos y los curanderos. Si bien el autor no

justifica las denominaciones que utiliza reconoce la larga trayectoria de estos últimos y asocia su eficacia como psicoterapéutica.

En cuanto a los curanderos los califica como explotadores que muestran su falta de conocimiento, desinterés por las recomendaciones de la OMS y una visión pobre de las medicinas tradicionales.

La distinción propuesta por Wardwell (1972) es como ya lo planteó Idoyaga Molina (2005: 113) una "...clasificación etnocéntrica que no da cuenta de la diversidad terapéutica, ni de los motivos de selección otras medicinas ni de la complementariedad terapéutica."

También tenemos que notar que esta tipología no entiende la enfermedad como resultado de múltiples desequilibrios sino que la entiende de manera monocausal, al modo del modelo dominante en el ámbito de la biomedicina (Laplantine, 1999).

Françoise Loux (1996), habla de que entre las medicinas tradicionales y la medicina oficial hay un corte, impulsado por la medicina oficial, que se manifiesta entre las creencias –la de los otros, los profanos- y la ciencia. De esta manera los biomédicos han querido presentarse como los "que saben" frente a los que los "que creen" y por lo tanto, se equivocan.

Otro autor que plantea una distinción de sistemas médicos es Dunn (1976), quien considerando las influencias geográficas propone tres categorías: sistemas locales, regionales y cosmopolitas. Los sistemas locales son los indígenas y geográficamente restringidos, los sistemas regionales son los indígenas aunque con prácticas estandarizadas y abarcando una zona más amplia y finalmente, el sistema cosmopolita que es también estandarizado pero con una distribución que sería universal. Sería el caso de la biomedicina (Idoyaga Molina, 2005).

Este autor introduce atributos que no son puramente geográficos para poder diferenciar los sistemas lo que hace inoperante la sistematización propuesta (Press, 1980).

Young (1976), por otro lado, divide las medicinas en sistemas de difusión de saberes y sistemas de acumulación de saberes teniendo en cuenta los aspectos formales de las mismas.

Los sistemas de acumulación son identificados por la concentración del conocimiento - generalmente en forma escrita- y por contar con instituciones encargadas de formar a los nuevos terapeutas sobre la base de un corpus de nociones comunes. La biomedicina es por supuesto el mejor ejemplo, aunque también la medicina ayurveda y la medicina china son sistemas de acumulación.

Por otro lado, los sistemas de difusión no poseen vías de comunicación institucionalizadas entre sus practicantes. El conocimiento es raramente difundido y generalmente conservado como secreto. En los sistemas de difusión el autor incluye a los shamanismos, aunque esta inclusión no se refleja totalmente en la realidad, por no considerar que las instituciones shamánicas suelen incluir formas culturalmente pautadas e institucionalizadas de aprendizaje para la transmisión de conocimientos y entrenamientos supervisados por un maestro, que colabora con el iniciando.

A su vez, Kleinman (1980), teniendo en cuenta las prácticas de los actores sociales y las ofertas terapéuticas propone el término de modelo de atención de la salud el cual se sustancia como sistema cultural y local. Este autor habla de sistema en tanto la atención de la salud llega a través de tres medicinas, la profesional, la popular y las folk. La medicina profesional se refiere a la medicina alopática y a las psicoterapias. Las medicinas populares se refieren a la practicada por legos en el contexto de la familia y la comunidad, básicamente, el autotratamiento o medicina casera. Mientras que las folk vendrían a ser las tradicionales que además tienen especialistas. Son estos los shamanismos y el curanderismo.

Kleinman (1980) deja sentado que la medicina popular –autotratamiento o medicina casera- es la primera opción terapéutica para la mayoría de la gente en la mayoría de las culturas.

Margaret Clark, citada por Virginia Gutiérrez (1985), define como sistema médico al complejo de ideas acerca de las causas y curas de la enfermedad, ninguna de las cuales es enteramente racional ni completamente irracional. Sus prácticas y la mayoría de sus procedimientos curativos son comprensibles y lógicos a luz de sus creencias sobre la naturaleza de la salud y las causas de la enfermedad.

Foster y Anderson (1978: 302), sostienen que un sistema médico abarca todas las creencias que promueven la salud, las acciones y el conocimiento científico y la habilidad de los miembros que la suscriben.

Cuando Leslie (1980) plantea su idea sobre el pluralismo médico en África nota que ante el limitado alcance de la biomedicina la influencia de los practicantes tradicionales (TMP) es muy importante, ya que después del autotratamiento son los principales proveedores de salud a los pobladores rurales.

Ellos coexisten como un complemento de los servicios biomédicos en las urbes. Usan una o dos terapias utilizando métodos de adivinación y psicoterapias así como remedios de plantas, minerales y animales.

Idealmente este es un sistema *all-embracing* que está embebido en las religiosidades e instituciones socioculturales, reflejando las prácticas y valores, locales y extranjeros, que han sido adaptadas e incorporadas a través del tiempo.

Por otra parte, Good (1987) plantea la idea del pluralismo médico como la coexistencia de varios sistemas médicos tradicionales y la biomedicina. En este trabajo propone el concepto de “Sistema Etnomédico” refiriéndose a los recursos terapéuticos utilizados por la sociedad que van desde la medicina popular (autotratamiento o medicina casera) las terapias tradicionales y la biomedicina. El mismo incluye conocimiento, recursos, patrones organizativos, conductas y estrategias que son utilizadas por la comunidad para promover la atención de la salud de sus miembros. Sin embargo dicha conceptualización es altamente restrictiva al no considerar las medicinas alternativas y religiosas (Idoyaga Molina, 1999).

Este sistema, según Good (1987), evoluciona de la visión del mundo de la gente, incorporando teorías de enfermedad o patrones de comportamiento de la enfermedad que reflejan los sistemas de significado, valores, normas y relaciones interpersonales socialmente construidos. Los sistemas etnomédicos son mantenidos por una selección de instituciones sociales de apoyo y especialistas terapéuticos, incluyendo (en los países tecnológicamente menos desarrollados) roles novedosos como asistentes médicos, enfermeros y fisioterapeutas universitariamente entrenados. Las características geográficas dinámicas de los sistemas etnomédicos son observables en el arreglo espacial e inter-juego de recursos y lugares donde varias fases y elementos de la *disease, illness* y terapia son identificados, representados, estudiados y administrados.

Cuando se refiere a la dinámica de dichos sistemas, significan que son diseños socialmente aceptados de marcado y manejo de la enfermedad y en ambos casos son ajustables y adaptables a los cambios que ocurren en otros subsistemas económicos y sociales. Los mismos son hoyos flexibles que pueden acomodarse selectivamente y tomar prestado conceptos y prácticas de las medicinas tradicionales exóticas sin perder su coherencia conceptual subyacente ni su integridad (Janzen, 1978).

Otra autora contemporánea que ha tratado esta idea de sistema y las distinciones de las medicinas es Bonnie Blair O'Connor (1995) quien refiriéndose a su estudio de los sistemas salud en Estados Unidos entre 1980 y 1990 define como “sistemas de creencias de salud vernáculos” al rango de medicinas ofertadas, entre los que destaca los sistemas

tradicionales o medicina folk bajo la rúbrica de salud holística o medicina popular⁷ y las de *New Age*.

Estos recursos del cuidado de la salud sumados a la medicina convencional – biomedicina- constituyen de acuerdo a la autora una cultura plural de la salud (1995: XIX).

A su vez, Blair O'Connor deja claro que, contrariamente a los estereotipos o presunciones comunes, los sistemas tradicionales de medicina no han desaparecido ni desaparecerán con el avance tecnológico de la medicina occidental. Asimismo refiere que también sería erróneo asumir que las personas que tienen pocos recursos económicos concurren preferentemente a la medicina tradicional (1995: 1), lo cual también ha sido notado por Idoyaga Molina (2002) en su contrario, al demostrar que los individuos de las llamadas clases sociales medias y altas, con recursos económicos e instrucción, no necesariamente recurren a la biomedicina como único recurso terapéutico, sino que por el contrario, suelen elegir medicinas tradicionales como el curanderismo, las medicinas religiosas o las de raigambre oriental, dependiendo de los estilos propios de cada grupo.

Siguiendo con el trabajo de Blair O'Connor, dicha autora sostiene que, más allá de lo “oficializado” se encuentra lo que realmente hace la gente cuando está enferma (1995: pp. 6).

El sistema médico de Press (1980:47), es interpretado como un cuerpo interrelacionado y dibujado de valores y prácticas premeditadas gobernadas por un único paradigma de significado, identificación, prevención y tratamiento de la enfermedad.

Como demostraremos en el transcurso de este trabajo, la atención de la salud en el área de estudio se realiza a través del autotratamiento o medicina casera y el curanderismo (dependiendo del mal que se padezca). Esta estructura de selección se formaliza lo que hemos denominado un **sistema criollo**⁸ de atención de la Salud, el cual se enmarca en el

⁷ El uso de este término por parte de la autora se remita a la idea de “consumo” y no así de producción.

⁸ Tomamos la definición de sistema como una entidad formada por partes organizadas que interactúan entre sí de manera que las propiedades del conjunto no pueden deducirse por completo de las propiedades de las partes. Los sistemas reales intercambian con su entorno distintas cualidades, información, etc. Este concepto se aplica también a sistemas humanos o sociales, como una sociedad entera, la administración de un estado, un ejército o una empresa o a un sistema como por ejemplo el lenguaje en cuya aparición y evolución participan la biología y la cultura.

Sin embargo no podemos dejar de considerar lo que Kleinman (1980) afirma que el concepto de sistema médico es conceptual y sólo es considerado por el investigador.

sistema de representaciones culturales de los actores sociales. Así lo notaba Good (1987) quien sostenía que todos los sistemas médicos funcionan como sistemas sociales que asignan significado y una estructura de experiencia de la enfermedad (Fábrega, 1977; Leslie, 1980).

Este sistema se ve inmerso dentro de una configuración etnomédica mayor (Press, 1980), la cual supone que al autotratamiento o medicina casera y al curanderismo se les deben sumar la biomedicina, las medicinas alternativas y las religiosas (Good, 1987; Idoyaga Molina, 1999 y 2002).

Conclusiones

En la provincia de La Pampa funciona un sistema médico criollo, el cual supone la atención de la salud a través del curanderismo y el autotratamiento o medicina casera. Este sistema a su vez se encuentra dentro de una configuración etnomédica mayor (Press, 1980) lo que implicaría que a estas medicinas se le suma el autotratamiento, la biomedicina (Good, 1987), las medicinas alternativas y las religiosas (Idoyaga Molina, 2002)

Las medicinas tradicionales que se encuentran en la zona de estudio son el curanderismo y el autotratamiento o medicina casera. Ambas opciones terapéuticas contienen un acervo de conocimientos ligados a prácticas médicas, entre otras actividades, las cuales son llevadas adelante por personas adultas de la comunidad - legos y curanderos- quienes luego de un proceso de aprendizaje y/o iniciación adquieren saberes para curar, obviamente de mayor complejidad en el caso del curandero, que maneja su propio poder a diferencia del lego que se vale de la eficacia de los remedios y del poder de los seres y de las acciones míticas evocadas y actualizadas en la cura de palabra.

La medicina casera y el curanderismo sintetizan antiguos conocimientos biomédicos que fueron de elite en su momento, saberes populares aportados por los inmigrantes y rituales terapéuticos muchos de raigambre católica y otros de tradiciones diversas como da cuenta la referida técnica de la medida utilizada para tratar el empacho y otros males de índole curativos.

La medicina doméstica incluye el conocimiento de numerosas recetas de origen vegetal, en menor medida mineral y algunas veces de origen animal. En este contexto es también habitual la cura de palabra y la existencia de especialistas en la atención de zafaduras (huesos dislocados), quebraduras y quemaduras (Idoyaga Molina, 2002).

Por otro lado, la práctica curanderil, implica sortear una suerte de iniciación en la que el individuo adquiere poder y auxiliares. Si bien entre sus prácticas este terapeuta tradicional admite variaciones, posee un soporte común que permiten identificarlo como tal dentro de la comunidad. El curandero es un personaje ambivalente, ya que tanto puede ejercer la terapia como puede realizar el daño, comúnmente por pedido o encargo. Su estatus requiere del conocimiento social, vale decir ser convalido como terapeuta por los miembros de su comunidad.

La población pampeana hace un uso tanto paralelo como complementario de estas medicinas considerando por un lado la gravedad del mal, la etiología del mismo y la eficacia terapéutica comprobada en experiencias previas tanto personales como del entorno social inmediato del enfermo. En términos más generales, podemos afirmar que la elección terapéutica tiene en cuenta los factores estructurales -como el sistema de representaciones- y coyunturales -como el consejo de un amigo, cercanía del lugar de residencia del terapeuta, posibilidades económicas etc.- (Fassin, 1992).

En cuanto al tratamiento de los taxa vernáculos, cabe destacar que los especialistas tradicionales son los predilectos por los motivos antes descriptos, aunque no deben descartarse las estrategias de complementariedad terapéutica con la biomedicina.

Finalmente, concluimos que la atención de la salud mediante la selección de las prácticas propias de la medicina tradicional en la Provincia de La Pampa es un hecho frecuente. Hemos intentado mostrar en este trabajo la vigencia de las tradiciones terapéuticas que reconocen su origen en las antiguas teorías humorales, las prácticas rituales terapéuticas del catolicismo, a las que se suman profundas refiguraciones sufridas en contextos de migraciones y de poblamiento reciente de la zona.

Bibliografía

Albuquerque, K. 1979. Non-institutional medicine on the Sea Islands. En: *Proceedings of a symposium on culture and health: Implications for health policy in rural South Carolina*. M. Varner y A. M. McCandless (Eds.). Charleston: College of Charleston.

- Atkinson, P. 1979. From honey to Vinegar: Levi-Strauss in Vermont. En: *Culture and curing*. P. Morley y Wallis, R. (Eds.). Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.
- Colatarci, M. A. 1999. "Reflexiones sobre la iniciación de curanderos en el NOA". *Scripta Ethnológica XXI*.
- Coreil, J. 1995. Group interview methods in community health research. *Medical Anthropology*, 16 (3).
- Crivos, M. 2007. "Estudio de la narrativa de caso. Una propuesta para el abordaje etnográfico de las alternativas médicas". En Idoyaga molina (Ed.) *Los caminos terapéuticos y los rostros de la diversidad*. CAEA-IUNA.
- Csordas, T. 1994. *Embodiment and Experience: Existential Ground of Culture and Self*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Csordas, T. y A. Kleinman. 1996. The Therapeutic Process. En: *Medical Anthropology. Contemporary Theory and Method*. Sargent y Johnson (Eds.). Westport y London: Praeger Publishers.
- Douglas, M. 1998. *Estilos de Pensar*. Barcelona: Gedisa.
- Dunn, F. L. 1976. "Traditional Asian medicine and Cosmopolitan medicine as adaptative system. In C. Lelie (ed) *Asian Medical Systems*. Berkley: University of California Press.
- Eliade, M. 1999. *Técnicas de Yoga*. Buenos Aires: Kairos.
- Fassin, D. 1992. *Pouvoir et maladie en Afrique*. París: PUF.
- Foster, G. 1994. *Hipocrates' Latin American Legacy. Humoral medicine in the new world*. New York: Gordon and Breach Science Publishers.
- Good, B. 1992. "A Body in Pain. The Making of a World of Chronic Pain". En: *Pain as Human Experience. An Anthropological Perspective*. M. Del Vecchio, P. E. Brodwin, B. J. Good y A. Kleinman (Eds.). Berkeley: University of California Press.
- Good, Ch. 1987. *Ethnomedical Systems in Africa*. Nueva York: The Guilford Press.
- Guarnaccia, P. y P. Fariás. 1988. The Social Meanings of Nervios: A case Study of a Central American Woman. *Social Science and Medicine*, 26 (12).
- Gutiérrez de Pineda, V. y Vila, P. *Medicina tradicional de Colombia, El triple legado*, 2 tomos, vol. II, p.158, Universidad Nacional de Colombia, Santafé de Bogotá, 1985.
- Husserl, E. 1994. *Ideas relativas a una fenomenología pura y filosofía fenomenológica*. México: FCE.

Idoyaga Molina, A. 1997. Ethnomedicine and world-view. A comparative analysis of the rejection and incorporation of the contraceptive methods among argentine women. *Anthropology and Medicine*, 4 (2).

----- . 1999. Refigurando el shamanismo. Experiencias neoshamánicas en el área metropolitana. En: *Folklore Latinoamericano*, Tomo 1, A. Colatarci (comp.). Buenos Aires: INSPF-IUNA.

----- . 1999/2000. La medicina humoral, las nociones de cálido y frío y las prácticas terapéuticas tradicionales en la Argentina. En: *Folklore Latinoamericano*, Tomo III. Buenos Aires: Confolk.

----- . 2000. La calidad de las prestaciones de salud y el punto de vista del usuario en un contexto de medicinas múltiples. *Scripta Ethnologica*, XXII.

----- . 2002. *Culturas, enfermedades y medicinas. Reflexiones sobre la atención de la salud en contextos interculturales de Argentina*. Buenos Aires: CAEA-CONICET.

----- . 2005. Sobre la selección y combinación terapéutica y la sistematización de medicinas: reflexiones sobre una categorización conceptual de utilidad para América Latina. *VI Reunión de Antropología del Mercosur*. Asociación de Antropología del Mercosur y Universidad de la República. Montevideo 15-18 de noviembre de 2005.

Idoyaga Molina, A. y C. Krause. 2002. The pathway of healing of a Creole adolescent from San Juan. *Bulletin of Urgent Anthropological and Ethnological Research*, 41.

Janzen, J.M. 1978. The Comparative Study of Medical Systems as Changing Social Systems. *Social Science and Medicine*, 12.

Kleinman, A. 1980. *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press.

Kunitz, S. 1981. Underdevelopment, demographic change, and health care on the Navajo Indian Reservation. *Social Science and Medicine*, 15 (a).

Laplantine, F. 1999. *Antropología de la Enfermedad*. Buenos Aires: Ediciones del Sol.

Leslie, C. 1980. Medical Pluralism in world perspective. *Social Science and Medicine*, 14 (b).

Menéndez, E. L. 1996. El saber cómo proceso de transformación. Tipos de articulación entre la biomedicina y la medicina popular. En: *Creer y Curar: La medicina popular*. J. A. Alcantud y S. Rodríguez Becerra (Eds). Granada: Diputación Provincial de Granada.

- Merleau Ponty, M. 1969. *La Fenomenología y las Ciencias del Hombre*. Buenos Aires: Biblioteca NOVA de Psicología.
- O'Connor, B. 1995. *Healing Traditions: Alternative Medicine and the Health Professions*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). 2002. *Estrategias para la Medicina Tradicional 2001-2005*. Genova: Organización Mundial de la Salud.
- Palma, N. 1978 *La medicina popular en el noroeste argentino*. Buenos Aires, Ediciones Huemul.
- Pérez de Nucci, A. 1989. *Magia y chamanismo en la Medicina Popular del Noroeste Argentino*. San Miguel de Tucumán: Editorial Universitaria de Tucumán.
- Press, I. 1980. "Problems in the definition and classification of Medical Systems". *Social Science and Medicine*, Vol. 14 B.
- Ratier, H. 1972. *La Medicina Popular*. Buenos Aires, CEAL.
- Schütz, A. 1972. *Fenomenología del mundo social*. Buenos Aires: Paidós.
- Sturzenegger, O. 1994. El camino a tientas. Reflexiones en torno a un itinerario terapéutico. *Suplemento Antropológico*, XXIX (1-2).
- Unschuld, P. U. 1980. The Issue of Structured Coexistence of Scientific and Alternative Medical Systems. A comparison of East and West German Legislation. *Social Science and Medicine*, 14B.
- Vecsey, G. 1978. Spiritual healing gaining ground with Catholics and Episcopalians. *New York Times*, June 18.
- Vivante, A. 1959. "Medicina Folklórica". En: *Folklore Argentino*. Ed. Nova. Buenos Aires.
- Wardwell, W. 1972. Limited, Marginal and Quasi-Practitioners. En *Handbook of Medical Sociology*. H. Freeman y S. Levine (Eds). Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Young, A. 1976. Internalizing and Externalizing Medical Belief Systems: An Ethiopian Example. *Social Science and Medicine*, 10.