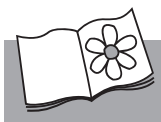


**SALUD E INTERCULTURALIDAD  
EN AMÉRICA LATINA**

**Antropología de la salud  
y crítica intercultural**



Este libro se  
escribió para ti  
protégelo de  
la fotocopia  
AEDRA

*Dr. Gerardo Fernández Juárez*  
(Coordinador)

# **SALUD E INTERCULTURALIDAD EN AMÉRICA LATINA**

## **Antropología de la salud y crítica intercultural**



2006

**SALUD E INTERCULTURALIDAD EN AMÉRICA LATINA**

**Antropología de la salud y Crítica Intercultural**

*Dr. Gerardo Fernández Juárez (Coordinador)*

1ª Edición

**Ediciones Abya-Yala**

Av. 12 de Octubre 14-30 y Wilson  
Casilla 17-12-719  
Telf.: 2 506-251 / 2 506-247  
TeleFax: 2 506-267 / 2 506-255  
e-mail: [editorial@abyayala.org](mailto:editorial@abyayala.org)  
<http://www.abyayala.org>  
Quito- Ecuador

**Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI)**

Programa de Salud  
Av. Arce, n° 2856, La Paz, Bolivia  
Teléfono: 2433460  
Fax: 2433461  
e-mail: [joseluis.baixeras@aeci.int.bo](mailto:joseluis.baixeras@aeci.int.bo)  
[www.aeci.int.bo](http://www.aeci.int.bo)

**Servicio de Publicaciones de la Universidad de Castilla-La Mancha**

e.mail: [Carmen.Vazquez@uclm.es](mailto:Carmen.Vazquez@uclm.es)  
[www.uclm.es/publicaciones](http://www.uclm.es/publicaciones)

**Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III**

C, Sinesio Delgado, 6; 28029 , Madrid, España  
e.mail: [csai@fcsai.es](mailto:csai@fcsai.es)  
<http://fcsai.isciii.es>

**Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha**

[www.jccm.es](http://www.jccm.es)  
Proyecto: Sanidad e Integración Social del Inmigrante. Prospección y actuación  
PAC05-004-1

Autoedición:

Ediciones Abya-Yala  
Quito-Ecuador

ISBN 10:

9978-22-635-4

ISBN 13:

978-9978-22-645-3

Impresión:

Producciones digitales Abya-Yala  
Quito-Ecuador

Las fotografías incluidas en cada artículo son del autor del mismo,  
salvo que se especifique a pie de foto otra autoría diferente.

Impreso en Quito-Ecuador,

# ÍNDICE

1. Un teléfono de urgencias y ...casi perder la fe <i>Gerardo Fernández Juárez (Coordinador). Universidad de Castilla-La Mancha. España .....</i>	9
2. De la hegemonía de la clínica a la etnografía en la investigación intercultural en salud <i>Xavier Allué, Laura Mascarella, Mariola Bernal, Josep M. Comelles Universitat Rovira i Virgili, Hospital Universitari Joan XXIII, Institut Català de la Salut, España .....</i>	15
3. Una reflexión sobre el pluralismo médico <i>Enrique Perdiguero. Universidad Miguel Hernández, España .....</i>	33
4. Interculturalidad, 'diferencias' y Antropología "at home". Algunas cuestiones metodológicas <i>Eduardo L. Menéndez. CIESAS, México.....</i>	51
5. El sistema médico de una sociedad africana. Los evuzok del Camerún <i>Lluís Mallart Guimerà. Laboratoire d'ethnologie et sociologie comparative, (Universidad Paris X-CNRS) Francia.....</i>	67
6. Migraciones y salud – Préstamos de ida y vuelta <i>José M<sup>a</sup> Uribe. Universidad Pública de Navarra, España.....</i>	83
7. La "multiculturalidad" de la biomedicina. El envío de medicamentos en familias migrantes ecuatorianas <i>Arantza Meñaca. Universitat Rovira i Virgili, España. ....</i>	93
8. Salud e Interculturalidad: Reflexiones en torno a un caso <i>M<sup>a</sup> Teresa Caramés García. Universidad de Castilla-La Mancha, España .....</i>	109
9. Más allá de la diferencia, tras el cristal de la diversidad. La "inmigración" en la literatura biomédica en España <i>M<sup>a</sup> Teresa Gijón Sánchez, María Luisa Jiménez Rodrigo, Emilia Martínez Morante Universidad de Granada y Escuela Andaluza de Salud Pública, España.....</i>	115
10. ¿Hablar por hablar? Los distintos términos empleados por los enfermos y familiares para referir al médico signos y síntomas en España <i>Armando Nevado Loro. Médico de Familia. CS Espronceda. Área 7. Madrid Irene Nevado Caparoso. Enfermera. Fraternidad MUPRESPA. Palma de Mallorca Isabel Muñoz García. Médico Residente de MFYC. CS Espronceda. Área 7. Madrid Ana Tovar Cifuentes. Médico Residente de MFYC. CS Espronceda. Área 7. Madrid Alfredo Rivas Antón. Médico. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.....</i>	133
11. El feto agresivo. Parto, formación de la persona y mito–historia en los Andes <i>Tristan Platt. University of St Andrews, Escocia. ....</i>	145
12. Mortalidad materna en Bolivia ¿Qué hacer para evitar tantas muertes de mujeres? <i>Graciela Uriburu. Argentina .....</i>	173

13	El <i>samay</i> , el “susto” y el concepto de persona en Ayacucho, Perú <i>Isabel Neila Boyer. Universidad Complutense, España</i> .....	187
14	¿Fármacos contra el susto? Paradojas y posiciones enfrentadas en la concepción de la enfermedad en el altiplano boliviano <i>Francisco M. Gil García. Universidad Complutense, España</i> .....	217
15.	La enfermedad no sólo enferma. Enfermedades e identidad profesional entre los mineros de Potosí, Bolivia <i>Pascale Absi. IRD, Francia</i> .....	229
16.	Curación de una enfermedad espiritual desde una perspectiva aymara <i>Raquel Nava Cerball. UMSA, Bolivia</i> .....	245
17	LA VERGÜENZA. Enfermedad y tensiones sociales entre los indígenas choles de Chiapas, México <i>Gracia Imberton. Instituto de Estudios Indígenas-Universidad Autónoma de Chiapas, México</i> .....	257
18.	Salud intercultural. Relación de la medicina kallawayaya con el sistema de salud pública en San Pedro de Curva <i>Jose Luis Baixeras Divar. Programa de Salud. Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI), Bolivia</i> .....	271
19	El Hospital Kallawayaya “Shoquena Husi” de Curva: Un Experimento en Salud Intercultural <i>Mollie Callahan. Universidad de Michigan—Ann Arbor, E.E.U.U.</i> .....	289
<hr/> <b>6</b> <hr/>	20 Y sin embargo son ellas las que más hacen por la “Salud Intercultural” <i>M<sup>a</sup> Dolores González Guardiola. Universidad de Castilla-La Mancha, España</i> <i>Carlos M. Caravantes García. Universidad Complutense, España</i> .....	305
21	“Al hospital van los que mueren” Desencuentros en salud intercultural en los Andes Bolivianos <i>Gerardo Fernández Juárez. Universidad de Castilla-La Mancha, España</i> .....	317
22	Un aspecto de la sanidad americana del Antiguo Régimen. Las boticas coloniales del ámbito de Charcas <i>Alfredo Rodríguez González. Universidad de Castilla-La Mancha, España</i> .....	337
23	Cuando el remedio encuentra al enfermo. Vendedores de salud en Iberoamérica <i>Julián López García. Universidad de Córdoba, España</i> .....	348
24	Procesos de legalización e interculturalidad en las medicinas indígenas de México y Bolivia (1996-2006) <i>Roberto Campos Navarro. UNAM, México</i> .....	373
25	Bolivia, un ejemplo de mutua exclusión cultural en salud con dramáticas consecuencias. Un desafío que no puede esperar <i>Jaime Zalles Asin. Viceministro de Medicina Tradicional e Interculturalidad, Bolivia</i> .....	389
26	La interculturalidad sin todos sus agentes sociales. El problema de la salud Intercultural en Bolivia <i>Susana Ramírez Hita. Universitat Rovira i Virgili, España</i> .....	405
27	El reto de la “medicina intercultural” y la historia de la “medicina tradicional” indígena contemporánea <i>Michael Knipper. Universidad de Gießen, Alemania</i> .....	413
28	Imaginario rural en torno de las discapacidades <i>Iván Castellón Quiroga. Proyecto Willaqqkuna, Bolivia</i> .....	433

# EL RETO DE LA “MEDICINA INTERCULTURAL” Y LA HISTORIA DE LA “MEDICINA TRADICIONAL” INDÍGENA CONTEMPORÁNEA<sup>1</sup>

---

*Michael Knipper*  
Universidad de Gießen  
Alemania

## Introducción

¿Cómo se puede responder a la diversidad cultural entre los seres humanos en el campo de la medicina y de la atención sanitaria? Esa es una de las cuestiones más importantes y complejas de la medicina contemporánea. No se trata de un tema realmente “nuevo” en la historia de la medicina, pero la atención que recibe está creciendo desde hace algunos años, con enfoques distintos según el contexto en particular. Por un lado, son las dificultades en el desarrollo de sistemas de atención médica digna, de calidad y sostenibles para comunidades indígenas, como por ejemplo en Latinoamérica<sup>2</sup>. Además, las reivindicaciones políticas de los movimientos indígenas por el reconocimiento de su cultura e identidad étnica, que han cobrado una fuerza importante al nivel internacional desde los años 1990, han dado un gran impulso hacia una reevaluación de la cultura médica de pueblos indígenas: lo que antes fue menospreciado por amplias partes de las sociedades no-indígenas como “superstición” y “charlatanería”, es reconocido hoy como “medicina tradicional” de corte “indígena”, dentro de las “medicinas alternativas y complementarias” (MAC) del mercado médico mundial, y protegidas – en el caso del Ecuador – por garantías constitucionales como “*derecho colectivo*” de los pueblos indígenas<sup>3</sup>. Por otro lado, es la situación sanitaria muchas veces precaria de inmigrantes del “sur” en los países industrializados del “norte”, lo que pone el tema de la “diversidad cultural” en la agenda de la medicina actual: Dificultades legales, sociales y culturales hacen que el acceso de los inmigrantes a los servicios básicos de salud sea deficiente, tal como la misma atención médica en el caso que se consiga.

Los desafíos y problemas concretos son distintos según las situaciones en particular. No obstante, hay un telón de fondo común de la “medicina intercultural” al nivel general, que consiste en el significado muy complejo de la categoría “cultura”. Hay muchas posibilidades diferentes para entender y usar este término, dependiendo de las premisas, motivaciones y condiciones sociales y hasta políticas del contexto particular. En el campo de la atención sanitaria, por ejemplo, hay una gran diferencia si se consideran relevantes o no, los aspectos más bien “médicos” de la cultura de un grupo étnico (prácticas terapéuticas tradicionales, conceptos concretos para explicar enfermedad, etc.), o si se consideran también los aspectos sociales de la cultura, como los valores para la convivencia, modos de percibir relaciones humanas y la misma cosmovisión, difíciles a veces de resumir y entender para personas ajenas. Además, hay una diferencia si se considera la “cultura” de un grupo étnicamente definido, o si se está tratando con una persona particular. La palabra “cultura” no tiene un significado inequívoco, y puede ser instrumentalizado – de manera explícita o implícita – para los fines más distintos.

El reto de la medicina intercultural consiste, por lo tanto, en el empleo consciente e instructivo de categorías básicas como “cultura” y “etnicidad”, a favor de los pacientes necesitados. Es necesario, en consecuencia, incluir la perspectiva, los métodos y conocimientos de la antropología de manera muy

sería en todas las consideraciones acerca de la medicina intercultural, sea cual fuera el contexto en particular. Sin embargo, como el “*regreso de las culturas*” (Comelles 2004: 17) es un acontecimiento histórico, los discursos y proyectos sanitarios, que se están desarrollando actualmente en este campo, se merecen un análisis también desde una perspectiva histórica. Porque el rumbo que toman los discursos y las políticas que se llevan a cabo no son “naturales”, ni se explican por sí mismos, sino que dependen del amplio contexto político, social, cultural y económico actual. Y como en muchas otras ocasiones de la historia de la medicina mundial, las motivaciones genuinas de la medicina (por ejemplo la atención sanitaria digna y de calidad para todos los pacientes) pueden verse comprometidas y/o instrumentalizadas por fuerzas ajenas.

Frente a esta situación, el análisis diacrónico puede contribuir decisivamente al estudio de las fuerzas e influencias que determinaron la génesis de los discursos actuales. Además, la experiencia histórica aumenta la sensibilidad para las consecuencias a veces muy complejas, y hasta contradictorias, de iniciativas en el campo de la salud pública (Perdiguero et al, 2001). “*¿Por qué sabemos lo que sabemos? ¿Por qué hacemos lo que hacemos?*” – los planteamientos centrales de la perspectiva histórica sobre la medicina, expuestos por Brieger (2004: 412), pueden ser aplicadas también en el campo de la medicina intercultural: ¿Por qué pensamos lo que pensamos, por ejemplo, acerca de la relación entre “etnicidad” y atención médica? ¿Por qué pensamos lo que pensamos, también, acerca de las “medicinas tradicionales”, y el papel que pueden, o no, desenvolver dentro de sistemas de “medicina intercultural”?

El tema de la “medicina tradicional” indígena es un ejemplo tanto instructivo como relevante para analizar las diferentes dimensiones del reto de la interculturalidad en el campo de la medicina. Porque gracias al reconocimiento y apoyo casi unánime que ha recibido desde la última década del siglo pasado, es considerado hoy por muchos como piedra angular de la “medicina intercultural” en países considerados multiétnicos como el Ecuador (ver Fig.1)

Fig. 1. Sistema de Medicina Intercultural.





No obstante, el análisis detallado de los discursos oficiales de instituciones indígenas, gubernamentales y supranacionales (como la *Organización Mundial de la Salud*, OMS, y su entidad regional para la Américas, la *Organización Panamericana de Salud*, OPS) respecto a la “medicina tradicional” indígena, plantea reflexiones de carácter más bien crítico. Porque la concepción de “medicina tradicional” indígena que se puede encontrar en documentos representativos de las instituciones oficiales, no se corresponde más que parcialmente con los conocimientos, prácticas e instituciones sociales, que – por una parte – tienen importancia para la atención a enfermos en comunidades indígenas, y que – por otra – son arraigados en la “cultura indígena” en el sentido más amplio de la palabra (incluyendo normas sociales y valores, cosmología, conocimientos y modelos de pensamiento y/o percepción específicos, estructuras e instituciones sociales, etc.). La comparación crítica entre los dos ámbitos de “medicina tradicional” releva una discrepancia significativa entre la versión oficial y relativamente homogénea por un lado, y la compleja realidad empíricamente tangible al nivel de las comunidades por otra. Esta última se escapa además de la posibilidad de ser resumida en relatos de pocas páginas, e inmediatamente comprensibles para el público amplio y heterogéneo que actualmente suele tener interés en este tema.

¿Cómo es posible explicar esta discrepancia, y qué significado tiene esto para la “medicina intercultural”? ¿Cómo se puede además sostener esta hipótesis, si al mismo tiempo la “medicina tradicional” indígena, tal como suele ser descrita en los documentos como por ejemplo, de la *Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas* del Ecuador, está muy presente en la vida social y visible hasta en las mismas calles del Ecuador?

Desde una perspectiva teórica, puede constar que la visión oficial de la “medicina indígena” es a la vez imagen y realidad: como imagen es la reproducción condensada de la realidad compleja; pero a la vez, esta misma imagen se está convirtiendo en una realidad. Está creando – por ejemplo gracias al apoyo político y social de los últimos años – nuevos espacios e instituciones sociales. Para captar mejor esta ambigüedad entre “imagen” y “existencia real”, es interesante recurrir al concepto del “modelo cultural” propuesto por Geertz (1995: 53): la “medicina tradicional” indígena puede ser entendido, recurriendo a Geertz, tanto como “modelo de la realidad” como “modelo para la realidad”. Es un modelo que forma la percepción de la realidad según ciertos patrones culturales (“modelo de”), y sirve, a la vez, de patrón para la creación de la realidad (“modelo para”). Como “modelo de la realidad”, el concepto de “medicina tradicional” da significado a las observaciones muy heterogéneas y enigmáticas que se puede encontrar en las comunidades indígenas. Y como “modelo para la realidad”, influye sobre el desarrollo de nuevas estructuras y se convierte en instituciones, prácticas y conceptos. A la hora de explicar el desarrollo de la versión oficial de la “medicina tradicional” indígena volveré sobre este planteamiento.

El presente ensayo está estructurado de la siguiente manera: Voy a empezar con una exposición de la base empírica y metodológica de las reflexiones presentadas en este texto. Después procederé a la contraposición detallada de los dos ámbitos o representaciones de “medicina tradicional” indígena: primero examinaré los conocimientos e instituciones sociales relacionados con enfermedad y salud, que he podido observar en poblaciones indígenas de idioma *Kichwa* en la Amazonía del Ecuador, dedicando atención especial a los diferentes tipos de “expertos” indígenas para el cuidado de pacientes enfermos. Paso seguido resumiré la imagen oficial de “medicina tradicional” indígena, tal como se refleja en documentos y publicaciones de organismos indígenas, gubernamentales e internacionales representativos. Continuaré con el análisis histórico de la creación del patrón actual de “medicina tradicional” indígena, recurriendo a procesos culturales y políticos a nivel mundial. A modo de conclusión, expondré reflexiones acerca de la creación de servicios sanitarios culturalmente adaptados, cubriendo tanto la dimensión concreta de la práctica sanitaria, como las bases teóricas y metodológicas.

## La base empírica y metodológica

La base empírica de las presentes consideraciones, consiste en las experiencias y los resultados de un trabajo médico-antropológico en comunidades indígenas de idioma *Kichwa* amazónico (*Napuru-*

na) en el Oriente del Ecuador entre 1997 y 1999 (Knipper et al, 1999; Knipper, 2003; 2005). El motivo principal de mi trabajo con los *Naporuna*, fue un estudio antropológico sobre las ideas y prácticas relacionadas con el concepto ampliamente conocido de “mal aire”, que entre los *Naporuna* suele ser asociado con enfermedades dramáticas y muchas veces mortales<sup>4</sup>. El trabajo se realizó en estrecha cooperación con el programa de atención primaria “SANDI YURA” de las comunidades indígenas local, que son filiales a la federación FCUNAE.

Desde una perspectiva metodológica, el trabajo de investigación fue influenciado considerablemente por mis actividades simultáneas de atención médica en las comunidades. Atendía constantemente a pacientes y colaboraba con algunas de las actividades desarrolladas por los promotores de salud de SANDI YURA. En contra de preocupaciones metodológicas previas, la doble actividad de atención médica y estudio antropológico no perjudicó el trabajo de investigación, sino que me facilitó el acceso a informaciones sustanciales y a la vez heterogéneas sobre las prácticas y concepciones médicas “no-occidentales” de la población indígena. La participación activa (pero nunca exclusiva) en la atención a personas enfermas abrió espacios de observación y comunicación, que de otra manera hubieran sido mucho más difíciles de alcanzar (Knipper 2004). Al participar, por ejemplo, en las consideraciones de familiares, compadres y vecinos de un paciente a veces desde el principio de un proceso de enfermedad, cuando el curso y los resultados de los esfuerzos de todas las personas implicadas en este caso, eran todavía desconocidos. Además, llegué a tener la oportunidad de atender a pacientes mano a mano con un *yachak*<sup>5</sup> local, combinando, por ejemplo, el suero intravenoso del centro de salud con el clásico ritual de *aya waska* efectuado por el chamán que estaba sentado a mi lado<sup>6</sup>. De gran utilidad metodológica fue además, el análisis conjunto de la mayor parte de las entrevistas con tres promotores de salud indígenas, con el fin de elaborar una publicación local de los resultados del proyecto (Knipper et al, 1999). Estas conversaciones fueron extraordinariamente instructivas, sobre todo porque representaban un desafío constante para todas las interpretaciones desarrolladas de manera solitaria<sup>7</sup>.

### La cultura médica indígena en la vida cotidiana

¿Cuáles son los conocimientos, prácticas e instituciones sociales de importancia para la atención a enfermos y arraigados en la “cultura indígena”, que llegué a conocer en el trabajo con los *Naporuna*? La cuestión es muy amplia, y me limitaré a descripciones básicas, consciente de que hay un sinfín de variaciones individuales alrededor de los prototipos y los esquemas presentados aquí.

Una de las instituciones sociales más interesantes, complejas y, sin duda ninguna, importantes de la cultura *naporuna* es la figura del *yachak*. La traducción literal de la palabra es „el que sabe“ (*yachana* – saber), y la bibliografía antropológica acerca de los *yachak* es muy amplia<sup>8</sup>. Partiendo del sentido literal de la palabra, un primer acercamiento consiste en una definición basada en la sabiduría que tiene un *yachak* acerca de la comunicación y manipulación activa de los seres y poderes del mundo no visible, lo cual realiza a través de rituales con la droga alucinógena *aya waska*. La formación para ser *yachak* consiste en largos procesos de aprendizaje con diferentes “maestros”, que muy a menudo pertenecen a distintos grupos étnicos. No obstante, los poderes y la sabiduría específica suelen ser adquiridos, de manera más o menos directa de la misma “naturaleza”: El *yachak* recibe y desarrolla las fuerzas y capacidades que le caracterizan en el contacto con los espíritus de animales y plantas, y con los seres del agua y del monte. La adquisición y el mantenimiento de la sabiduría y de los poderes de *yachak* es un proceso dinámico, que nunca llega a una situación estable. Además, la sabiduría y los poderes precisan cuidados especiales, como, por ejemplo, dietas exigentes; en caso contrario podrían perderse o salir de control, hasta tal punto que los espíritus pueden dejar de obedecer, llegando incluso a matar a personas inocentes.

El *yachak* puede hacer bien y puede hacer mal. Por sus poderes y capacidades es una persona muy ambigua, y el carácter de un *yachak* particular es tema de consideraciones constantes entre la gen-

te a su alrededor. Confianza y desconfianza le acompañan y en los últimos años se han producido casos de muerte violenta de un *yachak* por sospecha de hechizería. Los *yachak* son los únicos que saben salvar a una persona enferma por maldad. Y son los únicos que saben sacar los “dardos mágicos” del cuerpo de un enfermo, o parar el *malagri* u otro espíritu malo que anda por el monte matando. Pero al mismo tiempo, los *yachak* siempre son sospechosos de haber causado el mal: si de repente se muere un niño o un adulto joven y fuerte, todo parece indicar que hay maldades en el medio – y esto implica automáticamente a algún *yachak*.

Una de las observaciones más sorprendentes del trabajo de campo fue la discrepancia que existe entre la amplitud de conocimientos y capacidades que se solía atribuir a los *yachak* en las comunidades, y la relativamente escasa presencia de muchos de ellos en casos de enfermedad<sup>9</sup>. En el caso de una enfermedad aguda, cuando la primera prioridad es buscar alivio y curación para el que sufre, el papel de los *yachak* es más bien marginal. Hay otros actores, tanto locales como forasteros (personal médico) con importancia mucho mayor en la atención a personas enfermas. A ese respecto, un *yachak* famoso por sus facultades de curar, me explicó lo siguiente: él solía atender en tales situaciones de emergencias agudas sin tomar *aya waska*, limitándose a la aplicación de la fuerza de sus manos y algunas preparaciones a base de vegetales e insectos. “*El ritual de aya waska puede esperar*”, dijo. Además viene a soplar el *samay* por la coronilla del enfermo, que es la “fuerza vital” concebido – entre otras cualidades – para dar “vida” y aumentar la resistencia del enfermo (Guzmán, 1997; Knipper, 2005; Goldáraz, 2005).

Prescindiendo de la *aya waska* y basándose principalmente en la fuerza de sus manos, adquirida mediante un ritual especializado, este *yachak* hizo lo mismo que otra clase de “curanderos indígenas”, que al contrario de los *yachak*, podrían cumplir muy bien con los requisitos de una categoría “médica”: los *makiyuk*. Pero curiosamente, todos los *makiyuk* que encontré se negaron a ser llamados “curanderos”. Esta denominación, en castellano, la atribuían exclusivamente a los *yachak*. Tardé muchos meses en “descubrir” a los *makiyuk*, y hay pocas referencias bibliográficas acerca de esta clase de “expertos” tradicionales. La trampa metodológica fue la siguiente: Cuando pregunté en las comunidades por “curanderos”, nadie respondía en referencia a los *makiyuk*. Carecía de la idea y por lo tanto me faltaban simplemente las preguntas adecuadas. Gracias a experiencias casuales y expresiones que primeramente parecían ser incoherentes en las entrevistas, llegué finalmente a sospechar que existía “algo” como los *makiyuk* y a buscar preguntas mejores.

¿Qué son los *makiyuk*? Esta palabra *kichwa* indica una capacidad específica de una persona, que reside en las manos. Literalmente, la traducción sería “uno que tiene mano” (*maki* – mano). De una manera más específica, se refiere a la posesión de una fuerza bien definida en las manos, que tiene que ser adquirida a través de un ritual más o menos exigente, de otra persona *makiyuk*, o directamente de la naturaleza. A las “fuerzas” y las facultades transmitidas se lo denomina “*paju*”, por lo cual la expresión *pajuyuk* (“uno que posee *paju*”) es ampliamente usado como un sinónimo de “*makiyuk*”<sup>10</sup>. La calidad del *paju* en particular de una persona puede ser muy diferente, y existen *paju* para casi todas las tareas necesarias para la supervivencia: Hay *paju*, por ejemplo, para criar maíz y para pescar. Y dentro de todas estas facultades tan heterogéneas que pueden ser asociadas con una fuerza adquirida en la “mano” constan, además, *paju* para atender partos y para curar a personas enfermas<sup>11</sup>.

Cuando una persona cae enferma en una comunidad *naporuna*, el recurso terapéutico más importante es el *pajuyuk*. Y por experiencia se sabe cual de los compañeros de la comunidad o de la región tiene probablemente “la mano” para ayudar en un caso específico. No obstante, no se puede hablar de una clase específica de “curanderos”, porque la posesión de *paju* está muy extendida entre las personas. Sin poder expresarlo en números exactos, fue impresionante observar que la mayoría de las personas de las comunidades *naporuna* poseía *paju* y muchos de ellos para curar ciertas dolencias. Cuanto más compleja y amenazante es la enfermedad, más exigente y específico resulta el *paju*: Para curar, por ejemplo, los casos más graves de “*mal aire*”, causado por el contacto con un espíritu dañino y capaces de acabar con la vida de una persona joven y sana en poco tiempo (entre horas y días), fue considerado necesario buscar un *makiyuk* especializado y potente. Mientras en los casos benévolos, que suelen ser in-

terpretados como un “viento” más bien leve por el contacto con el alma de una persona recientemente fallecida, o de un espíritu menos agresivo, la cadena terapéutica empieza con las personas sin fuerza especializada ninguna y termina con los *pajuyuk* especializados y reconocidos por sus capacidades, en el ámbito local o regional. La facultad de curar con la fuerza de la mano no coincide necesariamente con la calidad de ser *yachak*.

No es el sitio aquí para profundizar el tema del *paju* y del itinerario terapéutico entre los *Naporuna*. Lo que es importante señalar en el contexto presente, es que no hay categorías claramente delimitadas ni entre las capacidades “medicas” y “no-médicas”, identificados con *paju*, ni entre personas especializadas en curar y otras sin capacidades médicas. Muy al contrario de la costumbre del pensamiento occidental, hay una continuidad entre los áreas de pensamiento, conocimientos y prácticas que se podría denominar “médico” y las “no-médicas”. Tampoco existen pautas claramente definidas sobre las tareas que corresponden a un *yachak* y menos aún de un *makiyuk*. Agradezco a mi compañero de trabajo en las comunidades del Napo, Santiago Santi, la advertencia a veces muy enérgicamente expresada durante el trabajo conjunto, que el afán de buscar definiciones exactas y válidas independientemente del caso concreto que se analiza y que operar, igualmente, con categorías bien delimitadas y mutuamente excluyentes, resulta poco apropiado para acercarse a los pensamientos y percepciones del mundo indígena. Por ejemplo: La interpretación de un caso de enfermedad como *mal aire* o *paju* no excluye que éste sea concebido a la vez como *susto* y *maldad*, ni la posibilidad de interpretarlo y realizar procedimientos según la medicina occidental. Cada una de estas nociones *kichwa* se refieren a diferentes dimensiones del caso concreto, y aportan tanto significado como espacios de acción que no se excluyen mutuamente.

Más que representar simplemente una etiología “cultural”, la noción *paju* simboliza la estrecha relación entre los espacios humanos y no humanos (la “naturaleza” con los seres y fuerzas invisibles) en la cosmovisión *naporuna*, con sus múltiples formas de interacción e intercambio constante. Tanto la enfermedad como la curación proceden de manera directa o indirecta de las relaciones con la “naturaleza” y entre los seres humanos (incluyendo los vivos y los muertos). No obstante, el complejo “salud y enfermedad” es solamente un aspecto de la existencia humana entre muchos. Hay otros (como el área económica y de subsistencia) igual de importantes, que también son concebidos en el mismo marco de referencia.

El significado de todos los elementos de la gama amplia de recursos terapéuticos materiales y no-materiales (conocimientos, “fuerzas”, etc.) radica en una concepción muy compleja y particular del ser humano dentro del mundo, que no puede ser descrita en pocas palabras. El uso de plantas medicinales y la capacidad de atender partos complicados, tal como los rituales de *aya waska* parten de esta base conceptual. Además, es importante subrayar que no se ha establecido aún ninguna instancia social entre los *Naporuna* con la autoridad para definir de manera general, qué facultades y conocimientos serían requeridos para que una persona pueda ser llamado *yachak* o *makiyuk*, o qué aspectos de la vida humana formarían parte del área de competencia exclusiva de una clase específica de expertos médicos “tradicionales”. Hasta ahora, las capacidades reconocidas de un *yachak* o una persona que posee la “mano” para curar (o de realizar otro oficio importante para la supervivencia), son objeto de negociaciones constantes en cada caso individual. Dentro del marco conceptual compartido que se basa en la cosmología, los valores, las costumbres y las formas de convivencia social y de economía comunes de este grupo indígena, la heterogeneidad entre los diferentes expertos indígenas es enorme. Hay un espacio amplio para diferencias individuales, que difícilmente coincide con las ideas y expectativas que tienen los forasteros y con las categorías y nociones de que ellos disponen para concebir el mundo ajeno.

Resumiendo la imagen de la cultura y medicina indígena que resultó de mi trabajo con los *Naporuna* (y que puede ser y será muy diferente de lo que se puede encontrar entre otros grupos indígenas), ésta consiste en una gran amplitud de conocimientos específicos con importancia para la atención de personas enfermas. Abarca fuerzas “metafísicas” adquiridas en rituales especializados, conocimientos de plantas medicinales y otros recursos terapéuticos materiales, tal como destrezas manuales, por ejem-



plo para la atención a mujeres en el parto. Lo que no existe es una jerarquía definida y estable entre los diferentes agentes de “medicina indígena”, ni una acumulación de conocimientos específicamente terapéuticos en la persona del *yachak*. No existe, tampoco, una nosología específica de enfermedades “culturalmente definidas” y opuesta a la nosología occidental, ni el afán de enfocar solamente sobre un aspecto entre todos los que son relevantes en el caso de enfermedad (sobre todo si es grave). Todo empeño de llegar a un diagnóstico abstracto, independiente de la persona individual afectada y siguiendo criterios “universales”, es ajeno. La situación social del individuo y de su grupo, experiencias propias de las personas implicadas y acontecimientos juzgados importantes según los valores morales compartidas por los *Naporuna* – todo eso interfiere fuertemente tanto en la interpretación de una enfermedad, como en las actuaciones que provoca. Pero nunca estos aspectos socio-culturales son vistos como simples “etiologías”, ni excluyen consideraciones serias de los aspectos biológicos y materiales. Y los “tratamientos” efectuados por *yachak*, *makiyuk* o actores indígenas, tienen su sentido solamente dentro de este marco referencial.

### Las representaciones oficiales de la “medicina tradicional” indígena

Pasamos ahora a la imagen oficial de la “medicina tradicional” de poblaciones indígenas como los *Naporuna*. Examinaré principalmente documentos de dos instituciones protagonistas en los actuales procesos acerca del reconocimiento oficial y de la promoción de la “medicina tradicional” indígena al nivel nacional e internacional: la *Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas* (DNSPI) del *Ministerio de Salud Pública del Ecuador* (MSP), y la *Organización Mundial de la Salud*. Es una selección necesariamente muy reducida y en cierto modo arbitraria. No obstante, son las dos instituciones más representativas a nivel nacional e internacional, y queda a juicio del lector, compararlo con observaciones en otros contextos. Además, mi objetivo no es, ni puede ser, presentar aquí un análisis exhaustivo, sino plantear cuestiones analíticas para las reflexiones necesarias acerca de la “medicina intercultural”.

La *Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas* fue fundada por el MSP para realizar la misión encargada por el artículo 44 de la nueva Constitución, es decir, la “promoción del desarrollo de los sistemas de medicina tradicional en el Ecuador” (DNSPI 2000). Es una entidad estatal, pero se identifica explícitamente con las organizaciones indígenas del Ecuador, asociados en la *CONAIE* (*Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador*, DNSPI 2000: 5). Visión y misiones de la DNSPI son descritos en un folleto publicado por la misma institución (con apoyo del MSP y de la *Organización Panamericana de la Salud*) en 2000, que es la base del presente análisis.

Respecto al modelo expuesto de “medicina tradicional” indígena, la publicación de la DNSPI exhibe un panorama muy amplio de la herencia cultural de los pueblos indígenas acerca del cuidado de la salud. Las narraciones contienen descripciones tanto sobre los respectivos conocimientos, prácticas, valores y necesidades de los pueblos indígenas, como los diferentes tipos de “proveedores” de servicios sanitarios “tradicionales”. En este contexto, llama la atención la gran importancia atribuida a los “*hombres de sabiduría*”, designados también como “*hombres de medicina*” y “*sanadores acreditados por sus propias comunidades*” (DNSPI 2000: 14-15). En el caso de los indígenas *Kichwa*-hablantes, serían justamente los *yachak* que entrarían en esta categoría explícitamente “medicinal” (DNSPI 2000: 15). Mientras tanto, todas aquellas competencias de los “*hombres de sabiduría*”, que no tienen que ver con salud y enfermedad, son relegadas a un nivel de importancia menor, al igual que los “*otros terapeutas*” tradicionales (parteras, sobadores, etc.).

El elemento clave de la “medicina tradicional” indígena según el folleto de la DNSPI, es el “*sistema de salud indígena*”, que al nivel del estado Ecuatoriano comprende los “*sistemas de medicinas tradicionales*” particulares de cada grupo étnico (DNSPI, 2000: 17). Cada sistema consiste, según la definición de la DNSPI, en el conjunto de “*conocimientos, tecnologías y sanadores, fundamentados en la sabiduría ancestral*”, con “*prácticas diagnosticas, de tratamiento de las enfermedades, de promoción, prevención*

y recuperación de salud.” Los “recursos terapéuticos” se basan en “elementos vegetales, animales o minerales, y sus técnicas de curación, incluidas las ceremonias rituales, no causan daño, estimulan y aceleran reacciones bioquímicas y bioenergéticas naturales del organismos, con lo cual se alcanza el equilibrio físico, mental y espiritual” (DNSPI, 2000: 17-18).

Las narraciones son complementadas por el esquema presentado arriba (Fig. 1), que simboliza la visión de “medicina intercultural” de la DNSPI: El “sistema de medicina tradicional” como imagen de espejo del “sistema de medicina académica”. La dimensión política de este cuadro es evidente, y fácil de afirmar: Respeto mutuo y cooperación entre iguales son condiciones imprescindibles para cualquier tipo de “medicina intercultural”, tal como la transferencia de pacientes, atravesando los límites establecidos (o percibidos) entre los “sistemas”. Pero más allá del nivel de las relaciones sociales, la “igualdad” entre los sistemas, reclamada por la DNSPI, parece tener un significado mucho más profundo. Analizando las narraciones y el esquema en conjunto, se ve que los dos “sistemas de medicina” comparten aspectos estructurales esenciales. La “medicina tradicional” indígena parece ser una mera copia de una imagen monolítica de la medicina occidental, confeccionada con una selección de elementos “indígenas”: proveedores jerárquicamente organizados (con los “hombres de medicina” en la cumbre), especializados en el tratamiento de enfermedades, con nosología y farmacopea particular. Comparte, además, el “principio de la universalidad”, ofreciendo servicios “al alcance de todos” (DNSPI 2000: 19), con lo cual se convierte en una alternativa terapéutica más para pacientes en el creciente mercado de las medicinas alternativas y complementarias.

Pasamos ahora a la *Organización Mundial de Salud* (OMS) y la agencia regional para las Américas, la *Organización Panamericana de Salud* (OPS). Son las instituciones que canalizan, en gran medida, las discusiones acerca de la “medicina tradicional” indígena al nivel internacional. El análisis se basará en una serie de documentos publicados por las dos instituciones a lo largo de los años pasados, entre ellos la “*estrategia para las medicinas tradicionales 2002 - 2005*”<sup>12</sup>. Resumiendo las explicaciones y definiciones más bien homogéneas acerca de las “medicinas tradicionales” de poblaciones indígenas ofrecidas en estos documentos, es posible deducir un concepto de componentes y calidades que puede ser caracterizado por los cuatro puntos siguientes:

1. Las “medicinas tradicionales” son el conjunto de prácticas, conocimientos y creencias relacionados con el tratamiento, el diagnóstico y la prevención de enfermedad fuera de la “medicina occidental”, o, para usar la terminología del la OMS, de la “*medicina alopática*” (WHO 2002a:1).
2. A nivel mundial, las “medicinas tradicionales” corresponden con las “medicinas alternativas y complementarias”, ampliamente usadas en los países del “mundo desarrollado”.
3. Todo el complejo de las “medicinas alternativas y complementarias” está experimentando un proceso de crecimiento importante a nivel mundial., incluyendo las “medicinas tradicionales”.
4. La OMS y la OPS coinciden en constatar la necesidad de asegurar, “*seguridad, eficacia y calidad*” como condiciones básicas para la prevista extensión de las “medicinas tradicionales”, tal como mejorar el “*acceso*” y el “*uso racional*” de las mismas. Los medios propuestos y promocionados por parte de la OMS y la OPS para realizar estas metas consisten, principalmente, en la “*evaluación científica*” de todo tipo de tratamiento de medicina “tradicional”, “alternativa” y “complementaria”, y el reconocimiento oficial de los proveedores, dentro de políticas explícitas de los países para el desarrollo y la promoción de las “medicinas tradicionales”

La imagen actualmente promovida por OMS/OPS coincide, en gran medida, con el modelo expuesto por la DNSPI. El único área de diferencias substanciales se da en relación a la calidad de los “tratamientos”: mientras la DNSPI afirma de manera rotunda la ausencia de cualquier tipo de efectos nocivos o secundarios, la OMS y la OPS expresan preocupaciones serias acerca de la “seguridad” y “efectividad” de las mismas, abogando por una evaluación rigurosa, y basada estrictamente en las metodo-

logías y estándares científicos de las ciencias naturales. No obstante, la institución indígena, tal como las entidades sanitarias globales señalan, de manera implícita la una (DNSPI), y explícita la otra (OMS/OPS), coinciden en la consideración fundamental de que las “medicinas tradicionales” indígenas pertenecen al gran grupo de las “medicinas alternativas y complementarias” (MAC) a nivel mundial. Pero pese a la gran popularidad que tiene esta afirmación actualmente en los contextos más diversos, no presenta una evidencia “natural”. Aunque tanto la Constitución Política del Ecuador (Art. 84,12) como los médicos, antropólogos y los mismos proveedores lo constatan con la mayor naturalidad, es un hecho que exige explicación. Además, las políticas propuestas o desarrolladas para la promoción de “medicinas tradicionales” en el seno de las MAC no contribuyen *necesariamente* al desarrollo de un tipo de “medicina intercultural” propicio para aliviar los problemas sanitarios de amplias partes de las poblaciones indígenas.

### La “medicina tradicional” indígena y los vaivenes de la historia

La interpretación de las “medicinas tradicionales indígenas” como parte del gran grupo de las “medicinas alternativas y complementarias” (MAC) es un hecho reciente. Resulta, evidentemente, del proceso global de emancipación e institucionalización de las medicinas “no-biomédicas” desde los años 1970, que condujo a la definición de esta categoría colectiva nueva (“MAC”), que tiene como único criterio compartido la oposición – real o retórica – frente a la “medicina occidental” o “biomedicina”. Recién durante la década de los años noventa del pasado siglo, el área de los “MAC” se fue institucionalizando, por ejemplo, en EEUU, y poco después empieza ser utilizado como marco de referencia global en el seno de la OMS/OPS para las “medicinas tradicionales” de procedencia indígena<sup>13</sup>.

Sin embargo, la mera existencia de medicinas y artes de curar al lado (o en la sombra) de la “medicina occidental” no es un hecho nuevo, sino un fenómeno que se conoce tanto en Europa como en otros continentes en todas las épocas. Y la historia del “pluralismo médico” siempre ha sido marcada por los cambios y evoluciones particulares en el contexto social, cultural, económico y político<sup>14</sup>. El desarrollo de la nueva categoría colectiva “MAC” es, por lo tanto, nada más que una etapa nueva en la larga y tortuosa historia del pluralismo médico a nivel global.

Respecto a la situación de la “medicina tradicional” indígena y los retos de la “medicina intercultural”, la situación actual provoca una serie de cuestiones interesantes: ¿A qué se debe, primero, el presente auge de las “medicinas alternativas y complementarias”? ¿A qué se debe, además, la gran aceptación de la “medicina indígena” como elemento de las “MAC”? ¿Qué ha sucedido para que conocimientos y prácticas que hasta hace poco fueron despreciados por grandes partes de la sociedad no-indígena se convirtiesen en objeto de interés público y dignos de reconocimiento constitucional? La dinámica de este desarrollo es compleja, pero hay evidencia para suponer que obedece sobre todo a racionalidades, percepciones e intereses de las sociedades no-indígenas. Considerando, finalmente, la gran discrepancia entre la cultura médica de una comunidad indígena como los *Naporuna* por un lado, y las representaciones más bien homogéneas de la “medicina tradicional” indígena en el ámbito oficial por el otro, su posición en el concierto de los MAC es seriamente cuestionado. A pesar de que la situación descrita brevemente para los *Naporuna* no sea representativa para otros grupos indígenas, este ejemplo indica que la heterogeneidad acerca de los conocimientos, prácticas e instituciones sociales relacionados con salud y enfermedad en comunidades nativas es mucho más amplio que el corsé preconcebido en el marco de las MAC. ¿Dónde está el espacio para la diversidad cultural, más allá de lo superficial, en lo que se refiere a concepciones de vida, salud y enfermedad realmente diferentes? ¿Qué tienen, además, en común los conocimientos y prácticas de un *yachak* de la cuenca amazónica, con la homeopatía (sistema elaborado de curación procedente de Alemania a finales del siglo XVIII/inicios del siglo XIX) o la “medicina tradicional china”?

Sin embargo, en el seno de las “MAC”, la existencia de “medicinas tradicionales” de identidad indígena ha ganado una plausibilidad antes desconocida en el mundo no-indígena. El apogeo de las

“medicinas naturales”, de Ayurveda y Acupuntura en el mercado médico global, ha inducido una reevaluación también de las tradiciones médicas de poblaciones nativas en América Latina. Simultáneamente, el éxito de los movimientos indígenas a nivel internacional ha impulsado este proceso, porque ha cambiado considerablemente el contexto político. La emancipación de las poblaciones indígenas ha progresado fuertemente durante los años noventa del pasado siglo, culminando este proceso en la Constitución Política de 1998. El estado Ecuatoriano se declaró “pluricultural y multiétnico” (Artículo 1), y concedió una serie de derechos colectivos a las comunidades indígenas y afro-americanas, incluyendo la ejecución y el desarrollo de la “medicina tradicional”. Tanto a nivel nacional como en el seno de la OMS y OPS, los discursos acerca de las “medicinas tradicionales” fueron impregnados fuertemente por referencias tanto explícitas e implícitas hacia la lucha política y el fin de la opresión de las poblaciones indígenas. Documentos de la DNSPI (2002: 5) y de la OPS (PAHO 1997: 1), por ejemplo, indican de manera muy determinada que la atención actual para la “medicina tradicional” indígena y los esfuerzos para su desarrollo y promoción, se deben a los éxitos de los movimientos indígenas. Pero independientemente de los avances, que sin duda ninguna se pueden constatar a nivel político, social y especialmente legal, el gran apoyo que de repente recibe la “medicina tradicional” no tiene por qué conducir necesariamente a mejorar la situación sanitaria de las poblaciones indígenas. Sujeto a los vaivenes de la historia, el desarrollo parece tomar un rumbo distinto de lo que se podría esperar.

### La creación de las “medicinas tradicionales” contemporáneas

Hay que mirar a la historia para entender los discursos actuales acerca de las “medicinas tradicionales” indígenas, y para poder sacar conclusiones que ayuden a desarrollar respuestas a los retos de la “medicina intercultural”. Como la misma OMS ha sido una de las instituciones más importantes en definir las estrategias de salud en los países en vías de desarrollo a nivel mundial (incluyendo las “medicinas tradicionales”), es útil tomar los discursos y las políticas de la OMS como hilo conductor para el análisis histórico de los procesos que desembocaron en la *creación* de lo que hoy encontramos como “medicina tradicional” indígena en el seno de las “MAC”. Además, es preciso echar un vistazo breve pero instructivo al desarrollo de la “medicina tradicional china” en el siglo XX. Puede parecer muy exótico en este contexto, pero la comparación transcontinental ayuda a aclarar rasgos fundamentales del desarrollo actual de la “medicina tradicional” indígena promovida por entidades sanitarias nacionales e internacionales.

Fue en los años 1970, cuando en el contexto del desarrollo de la “Atención Primaria de Salud” (APS), la dedicación de gremios y expertos en el seno de la OMS con la “medicina tradicional” de los pueblos indígenas empezó a cobrar fuerza. Punto de partida fue – para resumir brevemente lo que ya es bien conocido – el diagnóstico de la imposibilidad de cubrir las necesidades sanitarias de la población mundial con servicios médicos al estilo “occidental”: La crisis económica al inicio de los años 1970 (“crisis del petróleo”) había acabado con el optimismo de los años anteriores acerca del desarrollo económico mundial futuro (y de los países del sur en particular). Ya no parecía ser una perspectiva realista que se pudiese disponer de los medios necesarios para la extensión de la “medicina occidental” hacia las poblaciones remotas de, por ejemplo, los Andes y la Amazonía. Había, además, una creciente crítica en los países industrializados acerca de los “límites del crecimiento”, tanto en el sentido económico como ecológico. En esta situación, conocimientos y expertos indígenas fueron “descubiertos” como “recursos locales”, posibles de emplear para la atención médica en sus comunidades<sup>15</sup>.

Desde un principio, el tema que mayor atención atrajo fue el uso de plantas medicinales, siendo eso probablemente el campo en el cual los conocimientos indígenas encajasen de la manera más fácil con las costumbres, criterios y tecnologías occidentales, porque la botánica y el interés en plantas medicinales tienen una tradición realmente “milenaria” en la historia de la “medicina académica”. La investigación de plantas medicinales tenía, por lo tanto, un carácter muy familiar para los médicos y cientí-



ficos que trabajaban en comunidades indígenas. Lejos de la necesidad de considerar el complejo significado cultural de las plantas usadas por los actores indígenas, fue posible desplegar una gama amplia de actividades según la tradición “occidental”, confundiendo probablemente las plantas en las manos de un “curandero” indígena con una envoltura de principios activos detectables en el laboratorio. Independientemente de la gran utilidad de estas investigaciones para los estudios etnofarmacológicos y de fitoterapia para pacientes en todo el mundo, hay que constatar que el contexto epistemológico procede de la tradición occidental y no refleja, más que de una manera superficial, el trasfondo cultural indígena.

Otro factor importante que determinaba el contexto sociocultural de las políticas de la OMS frente a las “medicinas tradicionales” indígenas fue el crecimiento simultáneo de atención en las sociedades occidentales por el pluralismo médico en países asiáticos. Al paso de las reflexiones acerca de los límites del progreso tecnológico en general, y de las limitaciones de la “medicina occidental” basada exclusivamente en las ciencias naturales en particular, crecía el interés en las “medicinas” de otros continentes y de culturas exóticas<sup>16</sup>. La aparente pluralidad de “sistemas de medicina” fuera del ambiente “occidental” llamó la atención tanto de científicos, políticos, terapeutas y pacientes, y se inició una fase de contribuciones seminales sobre todo en el campo de la antropología médica<sup>17</sup>. Una de las innovaciones teóricas más influyentes resultó ser el concepto de “sistema (cultural) de medicina”, categoría clave para la descripción y el análisis del “pluralismo médico” tanto en el contexto asiático como, paso siguiente, a nivel mundial.

Sin embargo, lo que inicialmente fue desarrollado como categoría analítica, basándose en teorías antropológicas de sus tiempos, adquirió vida propia. La supuesta existencia universal de “sistemas de medicina” culturales llegó a convertirse en el “paradigma” para la percepción de los recursos médicos de los pueblos y “culturas” no-occidentales a nivel mundial. Retomando el concepto teórico de Geertz (1995: 52), mencionado al inicio del presente ensayo, se había convertido en “modelo de la realidad”, para dar sentido a las percepciones muy heterogéneas y difícilmente de entender para observadores forasteros en comunidades indígenas. Además, la experiencia China de la convivencia aparentemente muy exitosa de la “medicina tradicional” con la “occidental” aportó evidencia real que apoyaba esta percepción. El pluralismo médico formalmente establecido en China fue considerado, por ejemplo, como el “*ejemplo brillante*” por oficiales y técnicos de la OMS dedicados al tema de las medicinas tradicionales en los años 1970 (WHO 1978b). Pero mientras los creadores de esta innovación teórica se despidieron, con el paso de los tiempos, de esta concepción, porque llegaron a constatar que “*un sistema esencial de medicina no existiera*” (Kleinman, 1995:23), y que este concepto se hubiese demostrado ser demasiado “*rígido*” para el empleo transcultural, en su función de “símbolo cultural” llegó a desplegar también la segunda dimensión de su función cultural definida por Geertz: La noción de “sistema de medicina” se convirtió en “modelo para la realidad”, y llegó a servir de patrón principal para la creación de políticas, estructuras y espacios sociales nuevos. Tanto las políticas actuales de la OMS como el modelo de “medicina tradicional” indígena expuesto por la DNSPI se basan principalmente en este modelo.

Merece la pena echar un vistazo a la situación del sistema médico plural de la China, y más especialmente, a los elementos “tradicionales” del mismo. Por esas razones, me permito una breve digresión transcontinental hacia la China, empezando en los años alrededor de la fundación de la República Popular en 1949. Hay que ir tan lejos, porque fue el contexto político de la “unificación nacional”, encabezado por el movimiento maoísta después de décadas de guerras internas y externas, que influyó de manera decisiva sobre la creación de la “medicina china tradicional” que hoy conocemos, incluyendo un cambio radical en la evaluación de las “tradiciones ancestrales” por la clase política china. Cuenta la historia que la China al inicio del siglo XX fue dominada por un desprecio fuerte hacia la cultura y la herencia histórica nacional, anhelando el progreso tecnológico procedente de Occidente (Unschuld, 2003; Ots, 1999). En el campo sanitario, todos los corrientes políticas coincidían en su preferencia por la medicina “moderna” y en el desprecio simultáneo de la “medicina tradicional”<sup>18</sup>. No obstante, poco después de crear la República Popular, la “medicina tradicional” fue redescubierta como “símbolo nacional”: por razones de política interna, el gobierno maoísta cambió su política anterior e inició una

“promoción” de la “medicina tradicional”, como complemento de la “occidental” que hasta hoy representa el sistema dominante. Los medios para tal “promoción” fueron la recolección y evaluación sistemática de los conocimientos y prácticas tradicionales según criterios científicos, y su “limpieza” de elementos considerados “irracionales”. El resultado fue, que la “medicina china” que antes consistía de un cuerpo muy heterogéneo y diverso de conocimientos y prácticas acerca del cuidado y la restauración de la salud, se convirtió en una selección particular de ciertos aspectos, considerados compatibles con los criterios impuestos por el gobierno<sup>19</sup>. Llama la atención, además, que entre los autores principales de la sistematización y del “desarrollo” de la “medicina tradicional china” había un gran protagonismo de extranjeros, europeos y norteamericanos (Unschuld, 2003; Taylor, 2004). El sinólogo e historiador P. Unschuld llega a resumir, que la “medicina tradicional china” de hoy es una selección de fragmentos de la tradición china, según el gusto de consumidores occidentales.

En la historia reciente de las “medicinas tradicionales” de identificación “étnica” en Ecuador y otros países Latinoamericanos, se están repitiendo rasgos fundamentales del caso chino. Con la “promoción” política de instituciones tan variadas como organizaciones indígenas, e internacionales por un lado, y la fuerte demanda por “medicinas alternativas” de todo tipo por el otro, se está convirtiendo en realidad una versión muy particular de “medicina tradicional” indígena. Siempre había curanderos indígenas dedicados a la atención casi exclusivamente de enfermos. Y es conocido que siempre fueron consultados también por las clases no-indígenas, aunque sea de manera clandestina. Pero el desarrollo que se puede observar en la actualidad tiene dimensiones anteriormente desconocidas. Nos encontramos ante un proceso de institucionalización sistemática de un sistema de “medicina alternativa” nuevo, muy parecido al ejemplo de la “medicina tradicional china” en la segunda mitad del siglo pasado. La meta parece ser introducirla en el mercado mundial de “MAC”, mejorando – tal como lo propone la estrategia de la OMS – el “acceso” de pacientes potenciales y asegurando la “seguridad, eficacia y calidad” de los tratamientos, tal como el “uso racional” de los recursos “tradicionales”.

Para los “sanadores” y “hombres de medicina” de los diferentes grupos indígenas, este proceso abre perspectivas profesionales interesantes. Pero considerando la situación sanitaria de poblaciones indígenas y rurales, por ejemplo de la Amazonía ecuatoriana, se impone una preocupación grave: El acercamiento de la “medicina tradicional” indígena hacia el mercado global de las “medicinas complementarias y alternativas” puede llevar consigo un alejamiento simultáneo de la realidad cultural y sanitaria de las comunidades. Además, someterlo a la evaluación y el proceso de selección previsto implícitamente en las políticas tanto de la OMS como de la DNSPI, significaría una conversión sustancial según los criterios y la “racionalidad” de la sociedad occidental. Dentro del grupo grande de las “medicinas alternativas y complementarias” de promoción oficial, el espacio para la diversidad se reduce, y la riqueza de prácticas, conocimientos e instituciones sociales se empobrece. No obstante, estudios antropológicos acerca de los procesos de cambio socio-cultural en el contexto de la globalización, han demostrado que la “isomorfización” (DiMaggio/Powell, 1983), es decir, procesos que llevan a una armonización estructural y la imposición de patrones culturales muy semejantes a nivel mundial, no suelen ser unidireccionales y no siguen un camino teleológico, con la meta claramente definida<sup>20</sup>. Sino, provocan respuestas muy heterogéneas en los distintos contextos locales (“heteromorfización”, según Wimmer, 2002). El destino de estos desarrollos, por lo tanto, es abierto. Es cuestión de *formar* activamente estos procesos, según criterios y, en el mejor de los casos, *valores* explícitamente definidas. Hemos regresado a los retos de la “medicina intercultural”.

### **Conclusiones: los retos de la “medicina intercultural”**

Responder a la diversidad cultural en el campo de la medicina es, sin duda, una tarea difícil y exigente. Exige la inclusión seria de planteamientos teóricos y metodológicos, que por muchos son percibidos como ajenos a la medicina. Además, la dura realidad en las regiones rurales o urbano-marginales, por ejemplo del Ecuador, hace que reivindicaciones acerca de una adaptación cultural de los servicios y programas sanitarios pueden fácilmente ser descalificadas como “ilusiones románticas”. No obs-

tante, para minorías étnicas, poblaciones de regiones marginadas o inmigrantes – entre otros – en todo el mundo, el reconocimiento serio y diferenciado de las dimensiones socio-culturales en el campo de la medicina es una cuestión fundamental. Porque al fin y al cabo, aquí se decide si tienen o no acceso a recursos médicos de calidad.

Sería una situación poco alentadora, si no dispusiéramos de ciertos puntos de orientación superiores, capaces de guiar los razonamientos y esfuerzos también en el campo de la “medicina intercultural”. Es el caso de los *valores* que dan sentido a la medicina, y que deberían de justificar cualquier tipo de actividad en el campo de la atención sanitaria. En situaciones tan complejas, donde interfieren aspectos, intereses y fuerzas de carácter político, social y económico, la reflexión sosegada acerca de los valores implicados es la mejor ayuda a la hora de tomar decisiones – por ejemplo entre las diferentes opciones para el desarrollo de sistemas de atención médica “interculturales”. La reflexión ética ayuda a aclarar y definir de manera explícita, por ejemplo la jerarquía de los valores subyacentes de las motivaciones, intereses y resultados previstos de las actividades emprendidas, que a primera vista parecen ser iguales de importantes o, en otro caso, más bien invisibles.

Tomando en cuenta que la cuestión “cultural” tiene, tal como suele ser enfocado actualmente a nivel global, el mayor impacto sobre las poblaciones más vulnerables (minorías étnicas, inmigrantes), es justificado recordar que el objetivo primordial del trabajo médico (y responsabilidad de cada uno implicado en ello) es el *bien del paciente individual*, independientemente de clase social y origen étnico<sup>21</sup>. Considerando además, que la atención médica digna y de calidad es parte de los derechos humanos inalienables de todo ser humano, el reconocimiento serio de los aspectos culturales resulta ser condición imprescindible para la medicina contemporánea; gana, desde este punto de vista, calidad moral, porque en el caso contrario, las necesidades médicas de grandes partes de las poblaciones más vulnerables, no podrán ser satisfechas<sup>22</sup>. Más que una respuesta oportunista al espíritu político de la época, la “medicina intercultural” es un desafío que resulta de los compromisos éticos fundamentales de la medicina.

Partiendo de la consideración de los valores implicados, la historia de las “medicinas tradicionales” en el campo de la “medicina intercultural” provoca reflexiones como las siguientes:

- ¿Quiénes son los grupos sociales que al final sacan provecho de iniciativas para la promoción de “sistemas de medicina tradicionales”, tal como lo proponen, por ejemplo, la DNSPI o de la OMS?
- ¿Quién decide los criterios para la “selección” y “evaluación científica” de conocimientos y prácticas relacionadas con el cuidado de la salud en grupos indígenas?
- ¿Cuáles son los aspectos concretos de la “cultura” y de las condiciones de vida de la población indígena, que son tomados en cuenta?
- ¿Cuáles son los dispositivos metodológicos que se emplea para determinar y evaluar los aspectos “culturales” en el campo de la medicina y la atención sanitaria?

En relación a la primera pregunta, es posible constatar que la institucionalización y el desarrollo de las “medicinas tradicionales” indígenas en el seno de las “medicinas alternativas y complementarias” es un desarrollo muy positivo, evidentemente, para los curanderos indígenas, *yachak* o sanadores que participan en estos proyectos. Además, amplía el espectro de terapias accesibles para los pacientes que lo desean, y que son capaces de pagarlo. Si de esta manera se puede contribuir a la autogestión de centros de salud que brindan atención culturalmente adaptada (hablando, por ejemplo, el idioma indígena) a poblaciones indígenas, eso es una cosa muy positiva. La oferta de, por ejemplo, tratamientos “anti-estres” para turistas (incluyendo “sauna medicina”, aromaterapia, masajes etc.), tal como lo anuncia un folleto publicitario en idioma alemán del centro de salud intercultural “*Jambi Huasi*” en Otavalo, en el norte del Ecuador, puede generar ingresos importantes<sup>23</sup>. Otra pregunta es, si iniciativas de este carácter son capaces de mejorar directamente la situación sanitaria de pacientes indígenas, y sobre todo el acceso a una atención médica de calidad.

¿Qué papel tiene la “medicina tradicional” para la atención médica de poblaciones indígenas? Esta pregunta implica de manera condensada las cuatro reflexiones mencionados arriba, y los convierte en cuestiones muy concretas: ¿Qué papel corresponde al estado y agencias nacionales, no-gubernamentales e internacionales en este campo? ¿Qué iniciativas contribuyen, además, de manera real al mantenimiento del pluralismo médico y a la accesibilidad de recursos médicos de calidad tanto del ámbito occidental como “tradicional”? Antes de iniciar proyectos de promoción de medicina tradicional sería necesario, averiguar estos puntos en cada situación local o regional, incluyendo consideraciones serias de las prioridades reales de las poblaciones. Sin poder profundizar aquí el tema de los requerimientos metodológicos, me parece digno señalar aunque sea de manera breve, lo que me parecen ser las dos condiciones básicas para obtener resultados válidos en tales empresas: (i) tiempo suficiente y (ii) planteamientos metodológicos inductivos, basados en procedimientos cualitativos, y tomando en serio el potencial epistemológico que tienen<sup>24</sup>. Más allá de llenar rápidamente los claros en un cuestionario de preguntas detalladas, estudios cualitativos seriamente realizados son capaces de aportar visiones distintas de lo esperado y contestar las premisas y conceptos preconcebidos por los autores forasteros. Además, ayudan a identificar a los “amigos engañosos” (expresión conocida en las ciencias lingüísticas), que suelen poner trabas también en la comunicación intercultural: Entre los lingüistas, se conoce como “amigos engañosos” (“*false friend*”) una pareja de palabras en dos idiomas diferentes, que se parecen ó por letra ó expresión<sup>25</sup>. Sobre todo al alumno que estudia un idioma extranjero, tales parejas de palabras aparentemente idénticos pueden dar la impresión equivocada de comprender una expresión en el idioma extranjero. Pero apariencia y significado no coinciden, y resultan malentendidos a veces difíciles de detectar. Los “amigos engañosos” en el campo de la “medicina intercultural” son, por ejemplo, categorías como “sistema cultural de medicina”, “curandero especializado en el tratamiento de enfermedades”, “tratamiento tradicional” o “nosología cultural”, supuestamente igual de “universales” como la presencia de enfermedades y conocimientos terapéuticos entre los seres humanos. Sin embargo, la categoría “médica” es de procedencia occidental, y entre los *Naporuna* por ejemplo, ni los *yachak* ni los *makiyuk* entran en tales cajones<sup>26</sup>.

Tomando en serio las prioridades y juicios de las poblaciones destinatarias, siempre es posible que los resultados de tales estudios conlleven sorpresas y sean distintos de lo esperado. Una experiencia interesante proporciona, por ejemplo, van der Geest (1997) al revisar la situación en países Africanos: la prioridad de la población consistía en que los autores de fuera se dediquen a crear y mantener servicios básicos de atención sanitaria occidental de calidad, donde se les trate con respeto y sin despreciar sus concepciones y costumbres tradicionales. Sin embargo, la promoción de la “medicina tradicional” por parte de instituciones de fuera era percibido como de menor importancia. También mirando hacia la situación en la Sierra o el Oriente Ecuatoriano, es preciso preguntar ¿para qué promover, “desarrollar” e institucionalizar la “medicina tradicional” en las comunidades indígenas, si allí ha sobrevivido y se ha desarrollado por siglos sin ayuda y promoción ajena? ¿Hay actualmente peligros para la “medicina tradicional” que se puedan contener con su promoción oficial, más allá de abolir las leyes que la suprimían hasta hace poco?

Partiendo de la premisa de que la “cultura médica” indígena es parte inalienable de los demás aspectos de la vida social, cultural y económica de las comunidades, los mayores “peligros” actuales serían aquellos que amenazan la vida digna y sana de las poblaciones indígenas (y rurales tanto como urbano-marginales en general). En la Amazonía, la amenaza más fuerte consiste, sin duda, en los cambios muy radicales en el contexto ecológico, económico y social (Kimerling, 1993; San Sebastián/Hurtig, 2005). Pero ¿será posible contrastar el impacto de la pérdida de tierras, de la destrucción ambiental y de los cambios socio-económicos acelerados con cursillos de “terapias tradicionales”, jardines de plantas medicinales y la instalación de casas de curanderos? Incluyendo, además, el contexto político, ¿será posible excluir rotundamente la posibilidad de que según la lógica de instituciones gubernamentales, resultaría más fácil crear instituciones de “medicina tradicional”, que garantizar los derechos constitucionales colectivos de poblaciones indígenas por ejemplo acerca de la posesión de tierras comunitarias y un ambiente ecológico sano? Tanto la tierra como el ecosistema son condiciones imprescindibles para



que pueda vivir la cultura indígena, y para que pueda adaptarse de una manera sosegada a los cambios actuales en el contexto económico y social.

¿Cómo se puede responder a la diversidad cultural entre los seres humanos en el campo de la medicina y de la atención sanitaria? Este ensayo no ha sido capaz de responder de manera decisiva la pregunta inicial, sino ha planteado nada más que una serie casi interminable de cuestiones. Sin embargo, la generación continua de preguntas me parece condición imprescindible para afrontar el reto de la medicina intercultural.

En un contexto un poco diferente, Farmer (2005) propone tomar las adversidades sociales, económicas y estructurales, que muy a menudo parecen impedir la atención médica digna y eficaz a pacientes en las zonas más desfavorecidas, para *iniciar* las consideraciones (en lugar de terminarlo por la aparente imposibilidad de hacer algo...). De la misma manera, me parece útil concebir el tema de la “diversidad cultural” como el *inicio* de las consideraciones, y no para terminarlo. La categoría “cultura” debería de ser *pregunta* más bien que respuesta, por el significado muy heterogéneo y dinámico que tiene, y el sinfín de posibilidades diferentes para entender y usarlo – tanto a favor y como en contra de las personas y los pacientes por ejemplo indígenas. De otra manera, se agota muy fácilmente en estereotipos o clichés que detienen la reflexión y la comunicación intercultural, en lugar de impulsarlas.

El reto de la “interculturalidad” no se alcanzará de un paso ni con medidas unidimensionales. Es más bien necesario, abrir los espacios de la atención sanitaria para la vida real de las personas y poblaciones destinatarias. Pensando en medidas concretas, algunas serán más exigentes que otras. Pero con el simple reconocimiento serio de la dimensión cultural como esencial para todo ser humano (independiente de la identificación étnica), y desafío para el trabajo médico cotidiano, se abrirá un panorama amplio de medidas para hacer la medicina más humana, y aumentar la satisfacción tanto de pacientes como del personal sanitario: ¿Por qué no abrir el hospital para los familiares, y, si lo desean el paciente o sus relativos, para el *yachak*, el *makiyuk* u otra persona de ámbito “tradicional”, a pesar de que el personal médico probablemente no pueda explicarse la función social o curativa que tiene? ¿Por qué no hablar con los pacientes en su idioma tradicional indígena? ¿Por qué no brindar en el hospital comida que el paciente o sus familiares perciben adecuados, preguntar por sus prioridades (alimenticias, terapéuticas y sociales) y negociar entre iguales cuando hay opiniones divergentes? ¿Por qué no permitir, en el mismo hospital, rituales como el soplo con humo de tabaco para infundir *samay*, o la ceremonia de la *aya waska* si el paciente lo precisa? La lista de las posibles preguntas es interminable y propuestas de este tipo pueden ser (serán) considerados por muchos como “exageraciones”. No obstante, si la meta es brindar atención digna y de calidad para todos los pacientes, es necesario dinamizar tanto las mentes como las estructuras. Pero mientras en el campo de la medicina la categoría “cultura” no deje de ser percibido como algo exótico, apto para excluirlo, por ejemplo, en “sistemas” e instituciones paralelas a la “medicina académica”, queda mucho por hacer.

## Notas

- 1 Este ensayo es una versión ampliada y revisada de una ponencia en el X. Congreso de Antropología de la FAAEE, Sevilla 2005 (vea: Pujadas / Dietz 2005, pp. 155-171) Los trabajos de investigación en Ecuador fueron posibles gracias a una beca del Servicio Alemán de Intercambio Académico (*Deutscher Akademischer Austauschdienst*, DAAD, 1997) y recientemente por parte de la Fundación Científica Alemana (*Deutsche Forschungsgemeinschaft* DFG/444 ECU-111/1/05, 2005). Agradezco el apoyo y la paciencia del editor de este volumen, Prof. Gerardo Fernández Juárez, e igualmente al Prof. Juan Antonio Flores Martos, ambos de la Universidad de Castilla-La Mancha. Grande ha sido, además, la ayuda de Celia Moliz Garrido con la revisión lingüística del manuscrito. En Ecuador, debo agradecimientos profundos al Prof. Antonio Crespo, Director del Museo Nacional de Medicina “Eduardo Estrella” en Quito, por su apoyo, orientaciones continuas, el contacto con sus alumnos en la Pontificia Universidad Católica, y sobre todo por su amistad incondicional. Además, debo la más profunda gratitud a toda la gente en las comunidades indígenas de la cuenca del bajo río Napo ecuatoriano, especialmente a los comuneros de El Edén y a los promotores de salud *Naporuna* de la *Asociación Sándi Yura*. En el contexto de este trabajo, he disfrutado además de las experiencias, el juicio y la amistad de la Dra. Rosa Alvarado, Tena.

- 2 Veá, por ejemplo, PAHO (1997), Global Health Watch (2005), Montenegro/Stephens (2006).
- 3 WHO (2002a, 2002b, 2003), PAHO (1999), Mideros et al. (2002), Micolli (2000). La Constitución Política del Ecuador de 1998, Art. 84,12 dice: “*El Estado reconocerá y garantizará a los pueblos indígenas, de conformidad con esta Constitución y la ley, el respeto al orden público y a los derechos humanos, los siguientes derechos colectivos: (...) A sus sistemas, conocimientos y prácticas de medicina tradicional, incluido el derecho a la protección de los lugares rituales y sagrados, plantas, animales, minerales y ecosistemas de interés vital desde el punto de vista de aquella*”. <http://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Ecuador/ecuador98.html>.
- 4 La bibliografía que hace referencia a “aire”, “viento” o “mal aire” como concepto relacionado con enfermedad es muy abundante, con ejemplos tanto en la península española como de varios países de Centro- y Sudamérica.
- 5 La palabra *yachak* se deriva de *yachana* – saber. Los *yachak* son, por lo tanto, las “personas que saben” en un sentido muy amplio de la palabra. Más específicamente, se refiere a la sabiduría necesaria para ponerse en contacto, para comunicarse con los seres del mundo invisible (“espíritus”) a través de rituales efectuados con la droga alucinógena *aya waska*, ejercer influencia sobre ellos y utilizarlos como fuente de sabiduría y conocimientos especiales (Whitten, 1987; Oberem, 1980; Uzendoski, 2000).
- 6 Veá la descripción e interpretación de un caso específico en Knipper (2005) .
- 7 Agradezco la colaboración y paciencia de Mauricio Narváez, Galo Mamallacta, Clemente Quindihua (qué además contribuyó con ilustraciones hermosas) y Santiago Santi.
- 8 Acerca de los *yachak* ver, por ejemplo, Estrella (1978), Goldáraz (2005), Iglesias (1989), Kohn (1992), Muratorio (1998), Peñaherrera de Costales y Costales (1969), Oberem (1980), Schweitzer de Palacios/Wörrle (2003), Uzendoski (2000), Whitten (1997), Wörrle (2002).
- 9 Resultados semejantes arroja el análisis comparativo de la bibliografía dedicada a indígenas de lengua *Kichwa* en el Oriente del Ecuador: Hay diferencias considerables en la interpretación más bien “médica” en trabajos partiendo de planteamientos explícitamente “médicos” (por ejemplo Iglesias 1989; Kohn 1992) y otros de orientación antropológica general (Oberem 1980; Whitten 1987) o, en el caso de Guzmán (1997), de la perspectiva de género. Veá también las consideraciones de Reynolds Whyte (1989) acerca del cambio de la perspectiva antropológica desde una perspectiva “religiosa a médica”: Lo que antes (de los 1970/80) fue interpretado en términos de “religión”, llegó a ser interpretado en tiempos más recientes como parte del ámbito “médico” de la cultura indígena. La adjudicación de observación al marco referencial “religioso” o “médico” no es una cuestión “natural” (veá también Pool 1994).
- 10 Acerca de los “*makiyuk*”, la bibliografía es más bien escasa, ver, por ejemplo: Iglesias (1989: 111), Peñaherrera de Costales y Costales (1969: 141), Knipper et al. (1999).
- 11 Iglesias (1989:76-78) concibe *paju* como categoría de enfermedades de carácter “semi-sobrenatural”, y ofrece una lista amplia de *paju* diferentes, identificado cada uno como “enfermedad” definida (p. 190-191).
- 12 Documentos empleados: WHO (2002b, 2002b, 2003), PAHO (1999, 2003).
- 13 Veá, por ejemplo, Bates (2000) y Baer (2002). En el ámbito de OMS y OPS, la concepción de “medicinas tradicionales” indígenas en el ámbito de las “MAC” empieza en los primeros años del siglo XIX (WHO 2002a, 2002b). Es instructivo comparar, por ejemplo, dos documentos de la OPS de 1999 el uno y 2002 el otro (PAHO 1999, 2002): Mientras en el primero, la adjudicación de la “medicina tradicional” con “terapias alternativas” es todavía esporádico y con referencias muy heterogéneas, en 2002 la categoría “medicinas alternativas y complementarias” consta como marco de referencia explícito.
- 14 Ver, por ejemplo, el trabajo de Sowell (2003) sobre la historia del pluralismo médico en Colombia
- 15 El marco de referencia fue la “Atención Primaria de Salud”, aunque en el documento seminal de la OMS de 1978 (WHO 1978a), la misma “medicina tradicional” no es un tema de importancia más bien marginal. Acerca de ésta vea: WHO 1978b, Bannerman et al. 1983. La historia de la “Atención Primaria de Salud” la describe y analiza en detalle Cueto (2004).
- 16 Una voz representativa de estos movimientos fue Iván Illich (1975). La crítica de los años 1970 repite, en grandes líneas, reflexiones de épocas anteriores acerca del carácter demasiado “materialista” de la medicina basada en las ciencias naturales, que excluyera la dimensión individual de enfermedad y acabase con la “intuición” médica. La cita siguiente procede, por ejemplo, de las discusiones muy amplias dentro y fuera de la clase médica alemana de los años 1920, acerca de una “crisis de la medicina”: “*Pero el sentido científico de la medicina ha hecho caer por completo en el olvido esta sabiduría banal de que el enfermo es una persona cuya constitución especial y relaciones con el mundo exterior deben formar el punto de partida de toda reflexión médica.*” (Honigmann, 1927: 239). Veá también: Timmermann (2001).
- 17 Ver, por ejemplo, Leslie 1976; Kleinman 1980.
- 18 En el año 1943, por ejemplo, un líder importante del partido comunista descalificaba la herencia médica china indicando que sería “*digna para el estercolero de la historia*” (Ots 1999:13).
- 19 Procesos semejantes de instrumentalización como símbolo nacional se conoce también de la medicina Kanpô en Japón (Oberländer, 2003). Acerca de la compleja relación entre políticas nacionalistas y el desarrollo de distintos tipos de medicina en el Asia vea, además, el tomo editado por Alter (2005).
- 20 Los tres mecanismos de “isomorfización” identificados por DiMaggio y Powell (1983: 150) son muy ilustrativos también para analizar la historia reciente de las „medicinas tradicionales“ a nivel mundial: (i) “*isomorfización por coacción*“

- (original: “*coercive isomorphism*”) que resulta por reglamentos políticos o legales, (ii) “*isomorfización mimética*” que resulta de interpretaciones estandarizadas de lo desconocido, y (iii) “*isomorfización normativa*” en consecuencia de normas establecidas en procesos de profesionalización.
- 21 La *Declaración de Ginebra* de la *Asociación Médica Mundial* (AMM) dice: “*NO PERMITIRE que consideraciones de edad, enfermedad o incapacidad, credo, origen étnico, sexo, nacionalidad, afiliación política, raza, orientación sexual, clase social o cualquier otro factor se interpongan entre mis deberes y mi paciente*” Fuente: página web de la AMM, URL: <http://www.wma.net/s/policy/c8.htm>
- 22 El impacto de una perspectiva basada en los derechos humanos para la atención médica en condiciones aparentemente adversas demuestra, por ejemplo, la experiencia descrita por Farmer (2005) en Haití.
- 23 Vea también lo que relata Flores (2005) acerca de centros de “*medicina intercultural*” en centros turísticos en Bolivia.
- 24 Acerca de los métodos cualitativos en las ciencias médicas vea, desde una perspectiva histórica: Comelles (2000); el potencial que tienen dentro de las ciencias médicas de la actualidad resumen, por ejemplo, Pope/Mays (1995) y Lambert/McKewitt (2002); una descripción muy útil de las “*herramientas*” para la investigación cualitativa en el campo de las salud internacional proporcionan Maier et al. (1994).
- 25 Un ejemplo sería la palabra inglesa “*to embarrass*” (avergonzar) para personas de lengua inglesa: La expresión “*estoy embarazada*” podría ser malentendida como “*estoy avergonzada*”. En este caso, la palabra “*to embarrass*” hubiera servido de “*amigo engañoso*”. Vea por ejemplo Rée (2001).
- 26 Vea Kleinman (1995: 23), Pool (1994), Reynolds Whyte (1989). Otro grupo de “*amigos engañosos*” está entrando por la puerta de las “*MAC*”: Atributos como “*holístico*” y “*natural*”, procedentes históricamente de los conflictos en países europeos (y con mucha fuerza en Alemania) entre la medicina académica (basada definitivamente en las ciencias naturales desde mediados del siglo XIX) y las “*alternativas*” desde el siglo XIX, son aplicados muy a menudo también a la “*medicina indígena*” y todas las “*medicinas alternativas y complementarias*” en general (ver, por ejemplo, WHO 2002a). Sugieren una identidad muy cuestionable entre, por ejemplo, la cosmovisión indígena y la percepción de salud y enfermedad de pacientes alemanes tanto del siglo XIX, como de la actualidad.

## Bibliografía

- ALTER, Joseph S. (Ed.)  
2005 *Asian Medicine and Globalization*. University of Pennsylvania Press, Philadelphia.
- BAER, Hans A.  
2002 The growing interest of Biomedicine in Complementary and Alternative Medicine: A critical perspective. En: *Medical Anthropology Quarterly* 16, 4, pp. 403-405.
- BANNERMAN, Robert H., BURTON, John, WEN-CHIEH, Ch'en (Ed.)  
1983 *Traditional medicine and health care coverage*. World Health Organisation, Geneva.
- BATES, Don G.  
2000 “Why not call modern medicine “*alternative*”?” En, *Perspectives in Biology and Medicine*, 43, 4, pp. 502-518.
- BRIEGER, Gert H  
2004 “Bodies and Borders: A New Cultural History of Medicine”. *Perspectives in Biology and Medicine* 47(3), pp. 402-421.
- COMELLES, Josep  
2000 “The role of local knowledge in medical practice: a trans-historical perspective” *Culture, Medicine and Psychiatry*, 24, pp. 41-75.
- COMELLES, Josep  
2004 “El regreso de las culturas. Diversidad y práctica médica en el S. XXI”. En, FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo (Coord.), *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. pp 17-30, Edit. Abya-Yala, Bolhispania, UCLM, Quito.
- CUETO, Marcos  
2004 The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care. En: *American Journal of Public Health* 2004, 94: 1864-1874.
- DIMAGGIO, Paul J.; POWELL, Walter W.  
1983 “The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields”. *American Sociological Review* 48, pp. 147-160.

- 430
- DNSPI  
2000 Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas D.N.S.P.I., Quito, equinoccio de septiembre del 2.000.
- ESTRELLA, Eduardo  
1978 *Medicina aborígen. La práctica médica aborígen de la sierra ecuatoriana*. Ed. Época, Quito.
- FARMER, Paul  
2005 “Global AIDS. New Challenges for Health and Human Rights”. *Perspectives in Biology and Medicine*, 48, (1), pp. 10-16.
- FLORES, Juan Antonio  
2005 “Una etnografía crítica de la Medicina Kallawaya como patrimonio integral de la humanidad: procesos de hibridación, turismo étnico y recursos interculturales en salud en el área de Apolobamba (Bolivia)”. En: PUJADAS, Joan J.; DIETZ, Gunther (Ed.): *Etnicidad en Latinoamérica: movimientos sociales, cuestión indígena y diásporas migratorias*. pp173-191 Fund. El Monte, Sevilla.
- GEERTZ, Clifford  
1995 [1966] “Religion als kulturelles System“. En, GEERTZ, C. *Dichte Beschreibung. Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme*, pp 44-95. Suhrkamp, Frankfurt.
- GLOBAL HEALTH WATCH  
2005 *Global Health Watch 2005-2006. An alternative World Health Report*. Zed Books, London.
- GOLDÁRAZ, José Miguel  
2005 *Samay, la herencia del espíritu. Cosmovisión y ética naporuna*. (Kawsaykama 4) CICAME, Quito.
- GUZMÁN, María  
1997 *Para que la yuca beba nuestra sangre. Trabajo, género y parentesco en una comunidad quichua de la Amazonia Ecuatoriana*. Edit. Abya-Yala/CEDIME Quito.
- HONIGMANN, Georg  
1927 “Problemas teóricos fundamentales de la medicina contemporánea. *Revista Médica de Hamburgo* 8, 10, pp. 237-241.
- IGLESIAS, Jenny  
1989 *Sacha Jambí. El uso de las plantas en la medicina tradicional de los Quichuas del Napo*. Edit. Abya-Yala, Quito.
- ILLICH, Iván  
1975 *Némesis médica: la expropiación de la salud*. Edit. Seix Barral, Barcelona.
- JENKINS, Richard  
1997 *Rethinking ethnicity. Arguments and explorations*. SAGE, London.
- JÜTTE, Robert  
1996 *Geschichte der Alternativen Medizin.*, C. H. Beck, München.
- KIMERLING, Judith  
1993 *Crudo amazónico*. Edit. Abya-Yala, Quito.
- KLEINMAN, Arthur  
1980 *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderline between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. University of California Press. Berkeley/Los Angeles/London.
- KLEINMAN, Arthur  
1995 *Writing at the Margin: Discourses between Anthropology and Medicine*. University of California Press, Berkeley/ Los Angeles/ London.
- KNIPPER, Michael  
2003 *Krankheit, Kultur und medizinische Praxis*. Münster, Lit.
- KNIPPER, Michael  
2004 “Behandeln und Beobachten – methodische Konsequenzen aus der Doppelrolle als ethnologisch forschender Arzt“ *CURARE, Zeitschrift für Ethnomedizin und transkulturelle Psychiatrie* 27 (3), pp. 215-224.
- KNIPPER, Michael  
2005 “Self, soul and intravenous infusion: medical pluralism and the concept of samay among the Naporuna in Ecuador”. En: JOHANNESSEN, Helle; LAZAR, Imre (Ed.): *Multiple medical realities. Patients and healers in biomedical, alternative and traditional medicine*. pp. 238-261, Bergahn, Oxford/New York.



- KNIPPER, Michael; MAMALLACTA, Galo; NARVÁEZ, Mauricio; SANTI, Santiago  
 1999 *Mal Aire entre los Naporuna. Enfermedades por viento entre la gente que vivimos a la orilla d e l río Napo*. CICAME, FCUNAE y Sandi Yura, Coca ,Ecuador.
- KOHN, Eduardo  
 1992 *La Cultura Médica de los Runa*. Edit. Abya-Yala, Quito
- LAMBERT, Helen; McKEWITT, Christopher  
 2002 "Anthropology in Health Research: From Qualitative Methods to Multidisciplinarity". *British Medical Journal*, 325, pp. 210-213.
- LESLIE, Charles (Ed.)  
 1976 *Aisan Medical Systems*. University of California Press. Berkeley.
- MAIER, Birga, GÖRGEN; Regina; KIELMANN, Arnfried A.; DIESFLED, Hans Jochen; KORTE, Rolf.  
 1994 *Assessment of the District Health System. Using Qualitative Methods*. Macmillan London.
- MICOZZI, Marc S.:  
 2002 "Culture, anthropology, and the return of "complementary medicine." *Medical Anthropology Quarterly* 16 (4), pp. 398-403.
- MIDEROS, Raúl; QUEZADA, Alberto; GALARZA, Mariana; PUNTE, Isauro; RUIZ, Edgardo; VALLEJO, Omar; COBA, José Luis  
 2002 "Las medicinas alternativas a finales del Siglo XX". En: FIERRO BENÍTEZ, Rodrigo; BUSTOS, César Herminia; GRANDA, Edmundo; JARRIN VALDIVIESO, Héctor; LÓPEZ PAREDES, Raúl (Ed.): *El cóndor, la serpiente y el colibrí. La OPS/OMS y la salud pública en el Ecuador del Siglo XX*, pp. 384-389 Representación OPS/OMS - Ecuador, Quito.
- MONTENEGRO, Raúl A.; STEPHENS, Carolyn  
 2006 Indigenous Health in Latin America and the Caribbean, In: *The Lancet*, 367, pp. 1859-1869.
- MURATORIO, Blanca  
 1998 *Rucuyaya Alonso y la historia social y económica del Alto Napo, 1850-1950*. Edit. Abya-Yala, Quito.
- OBEREM, Udo  
 1980 *Los Quijos. Historia de la transculturación de un grupo indígena en el Oriente Ecuatoriano*. Instituto Otavaleño de Antropología, Otavalo.
- OBERLÄNDER, Christian  
 2003 "Traditionelle" Medizin und Krankheitsverständnis im Japan der Moderne". *Zeitschrift f ü r medizinische Ethik*, 49, pp. 277-286.
- OTS, Thomas  
 1999 *Medizin und Heilung in China, Annäherungen an die traditionelle chinesische Medizin*. Reimer, Berlin.
- PERDIGUERO, Enrique; BERNABEU, Josep; HUERTAS, Rafael; RODRÍGUEZ-OCAÑA, Estéban  
 2001 "History of health, a valuable tool in public health". *Journal for Epidemiology and Community Health* 55, pp. 667-673.
- PAHO  
 1997 *Toward a comprehensive approach to Health, guidelines for research with indigenous peoples*. Working group on research, November 29-december1, 1995. Division of Health Systems and Services Development, Washington D. C., Pan American Health March 1997.
- PAHO  
 1999 "Traditional health systems in Latin America and the Caribbean: Base Information". *Technical Project Report, Division of Health Systems and Services Development*, Washington D. C., November 1999, p. 7.
- PAHO  
 2002 "Traditional, Complementary and Alternative Medicine and Therapies in the Americas: Policies, Plans and Programs". *Division of Health Systems and Services Development*, Washington, D. C., Pan American Health Organization/World Health Organization.
- PEÑAHERRERA DE COSTALES, Piedad; COSTALES, Alfredo  
 1969 *Los Quichuas del Coca y el río Napo*. Universidad Central del Ecuador, Quito.
- POOL, Robert  
 1994 "On the creation and dissolution of ethnomedical systems in the medical ethnography of Africa". *Africa* 64, pp. 1-20.

- POPE, Catherine, MAYS, Nick  
 1995 "Qualitative Research: Reaching the Parts other Methods cannot reach: An Introduction to Qualitative Methods in Health and Health Services Research". *British Medical Journal*, 311, pp. 42-45.
- PUJADAS, Joan J.; DIETZ, Gunther (Ed.)  
 2005 *Etnicidad en Latinoamérica: movimientos sociales, cuestión indígena y diásporas migratorias*. Fund. El Monte, Sevilla.
- RÉE, Jonathan  
 2001 *The Translation of Philosophy*. *New Literary History*, 32: 223-257.
- REYNOLDS WHYTE, Susan  
 1989 "Anthropological Approaches to African Misfortune. From Religion to Medicine". En: JACOBSEN-WIDDING, A., WESTERLUND, D. (Ed.): *Culture, Experience and Pluralism*. pp. 289-301. Uppsala,
- SAN SEBASTIÁN, Miguel; HURTIG, Anna-Karin (Comp.).  
 2005 *Sachapi Tapusa, Investigaciones sanitarias en la Amazonía ecuatoriana 1998-2003*. Ed. CICAME, Co-ca, Ecuador.
- SCHWEITZER DE PALACIOS, Dagmar; WÖRRLE, Bernhard (Ed.)  
 2003 *Heiler zwischen den Welten*. Curupira, Marburg.
- SOWELL, David  
 2003 "Contending medical ideologies and state formation: the nineteenth century origins of contemporary medical pluralism in Colombia". *Bulletin for the History of Medicine* 77, pp. 900-926.
- TAYLOR, Kim  
 2004 "Divergent Interests and cultivated misunderstandings: the influence of the West on Modern Chinese Medicine". *Social History of Medicine* 17 (1), pp. 93-111.
- TIMMERMANN, Carsten  
 2001 "Constitutional Medicine, Neoromanticism, and the Politics of Antimechanism in Interwar Germany". *Bulletin for the History of Medicine*, 75, pp. 717-739.
- UNSCHULD, Paul U.  
 2003 *Was ist Medizin?* C.H. Beck München.
- UZENDOSKI, Michael A.  
 2000 *The Articulation of Value among the Napo Runa of the Upper Ecuadorian Amazon*. PhD. dissertation University of Virginia.
- VAN DER GEEST, Sjaak  
 1997 "Is there a role for traditional medicine in basic health services in Africa? A plea for a community perspective". *Tropical Medicine and International Health* 2, 9, pp. 903-911.
- WHITTEN, Norman E.  
 1987 *Sacha Runa. Etnicidad y adaptación de los Quichua Hablantes de la Amazonia Ecuatoriana*. Edit. Abya-Yala, Quito.
- WHO  
 1978 "The promotion and development of traditional medicine". *World Health Organization Technical Report Series 622*. World Health Organization, Geneva.
- WHO  
 2002a "Traditional medicine – growing needs and potential". *WHO Policy Perspectives on Medicine N° 2, May 2002*, World Health Organization, Geneva.
- WHO  
 2002b *WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005*. World Health Organization, Geneva.
- WHO  
 2003 *Traditional Medicine*, Fact Sheet N° 134, World Health Organisation, Geneva.
- WIMMER, Andreas  
 2002 "Gleichschaltung ohne Grenzen? Isomorphisierung und Heteromorphisierung in einer verflochtenen Welt". En, HÄUSER-SCHÄUBLIN, Brigitta; BRAUKÄMPER, Ulrich (Ed.), *Ethnologie der Globalisierung. Perspektiven kultureller Verflechtung*. pp. 77-94 Reimer, Berlin.
- WÖRRLE, Bernhard  
 2002 *Heiler, Rituale und Patienten. Schamanismus in den Anden Ecuadors*. Reimer, Berlin.