DE "LA MEDICA" Y EL TERAPEUTA

LA GESTION INTERCULTURAL DE LA SALUD EN EL SUR DE LA PROVINCIA DEL NEUQUEN

WILLE ARRUE - BEATRIZ KALINSKY

BIBLIOTECAS
UNIVERSITARIAS
Centro Editor
de América Latina

SOCIEDAD Y CULTURA

Scanned with CamScanner

DE "LA MEDICA" Y EL TERAPEUTA

LA GESTION INTERCULTURAL DE LA SALUD EN EL SUR DE LA PROVINCIA DEL NEUQUEN

Scanned with CamScanner

DE "LA MEDICA" Y EL TERAPEUTA

LA GESTION INTERCULTURAL DE LA SALUD EN EL SUR DE LA PROVINCIA DEL NEUQUEN

WILLE ARRUE - BEATRIZ KALINSKY

BIBLIOTECAS
UNIVERSITARIAS
Centro Editor
de America Latina

Scanned with CamScanner

Esta edición cuenta con el auspicio del Ministerio
de Salud Pública y de la Jefatura de
Zona Sanitaria IV de la Provincia del Neuquén
y de la Fundación Ameghino.

Dirección: Amanda Toubes
Secretaría de redacción: Alberto Bernades
Asesoramiento artístico: Oscar Díaz
Diseño de tapa: Oscar Díaz
Diagramación: Oscar Sammartino, Estela Enecoiz
Coordinación y producción: Natalio Lukawecki,
Fermín E. Márquez

© 1991 Centro Editor de América Latina S.A.
Tucumán 1736, Buenos Aires
Fundación Ameghino,
Carmen de Patagones, Prov. de Bs. As.
Hecho el depósito de ley. Libro de edición argentina.
Composición: ECEGraph, Esmeralda 625, 3º "G",
Capital. Impreso en Litodar, Viel 1444, Capital. Encuadernado
en Haley, Av. Mosconi 640, Lomas del Mirador,
Prov. de Buenos Aires.
Impreso en diciembre de 1991.

ISBN 950-25-1346-0-

Al agente sanitario

Damos comúnmente a nuestras ideas de lo desconocido
el color de nuestras nociones de lo conocido;
si llamamos a la muerte un sueño, es porque parece
un sueño por fuera; si llamamos a la muerte una
nueva vida, es porque parece una cosa diferente a la
vida.
Con pequeños malentendidos con la realidad construimos
las creencias y las esperanzas; y vivimos de las
certezas a las que llamamos panes, como los niños
pobres juegan a ser felices.
(...)
La civilización consiste en dar a algo un nombre que
no le compete, y después soñar sobre el resultado.
Y, realmente, el nombre falso y el sueño verdadero
crean una nueva realidad.

Fernando Pessoa

Scanned with CamScanner

"Esta entrevista la realicé el día 11 de febrero de 1988, por la tarde. Como tenía que avisar sobre la desparasitación de los perros al sector Chapelco Chico (nombre del paraje), fue así como llegué al lugar. En la casa nº 9 vive doña Sofía, con su hija Tránsita y su nieta Sofía (quien tiene el apellido de la madre).

Al lado, está el hijo casado, con tres hijos y su señora.

Cuando llegué ese día a la casa nº 9, de a caballo, por supuesto, después de haber visitado a otras familias, encuentro a doña Sofía tejiendo en un telar. Estaba haciendo un matrón (especie de manta para taparse); me invitó a bajarme del caballo. Me bajé y la fui a saludar.

Me saludó muy amable, y como es común de preguntar '¿cómo anda?', me contestó 'preocupada'. Y yo, curioso, '¿por qué la preocupación?'. Y empezó a contar el por qué de su preocupación.

Y dijo: 'Hoy, cuando me levanté y después que me senté a tomar unos mates, vino una gallina a la puerta y cantó como si fuera un gallo, aleteó como los gallos y se mandó tres cantos. Entonces me voy a morir', fue diciendo la anciana de ochenta y tres años de edad.

Y yo, que no soy lerdo para contestar, le dije: '¡qué se va a morir, doña! Si hasta parece más joven que yo'.

'No', me dijo, '¿sabe por qué le digo? Cuando mi mamá vivía, una gallina vino a la puerta de la cocina y cantó como un gallo, y mi mamá dijo: «Malas noticias; tal vez, me voy a morir». Y así fue. Al poco tiempo se murió. Y ahora me toca a mí'. Y después me dijo, 'déme las medidas de su recao (montura) que le voy a hacer una pelera, para dejarle de recuerdo'.

Y yo, asombrado, le dije que bueno.

A la semana me mandó con su hijo el regalo, que hoy, todavía, tengo de recuerdo. Tres meses después supe que murió. Y me ha quedado este recuerdo, el relato y la pelera, recuerdos de doña Sofía.

Cosas como éstas se comentan en el campo y que, a veces, poco se creen. Los testigos fueron quienes estaban en ese momento: dos hijos, cuatro nietos y la nuera de la anciana."

Roberto Castillo,
agente sanitario, San Martín de los Andes, octubre de 1988.

Scanned with CamScanner

Palabras preliminares

Cuando comenzamos esta tarea, alrededor de 1988, no imaginamos su recorrido. Al principio, nos sorprendió la sensación de soledad. Quizá por las dificultades para comunicar conceptos a partir de experiencias de índole tan diversa, en las que aparecían el desconocimiento, el temor, el prejuicio, tanto en los integrantes del equipo como en los pobladores y en las instituciones.

Esta sensación de incertidumbre nunca nos abandonó. Fue tan sólo cambiando. Fuimos encontrando un conjunto de personas con quienes compartirla, en una actividad que aún hoy sigue inconclusa. Este libro representa el tránsito desde la soledad de una incertidumbre a otra compartida. O, de otro modo, de la perplejidad a la búsqueda. En él, intentamos dar cuenta de aspectos de un proceso peculiar de conocimiento: el de la salud y la enfermedad. Sería largo relatar la historia de este intento. Pero no podemos dejar de mencionar algunos hitos que permitieron, de algún modo, plasmarlo.

Esta necesidad surge del quehacer cotidiano, en el seno del grupo de agentes sanitarios del Hospital Ramón Carrillo de San Martín de los Andes (provincia del Neuquén). Circunstancia que no fue fortuita, dado su perfil de articuladores socioculturales. Después se fueron incorporando agentes sanitarios de otros hospitales de la Zona Sanitaria Sur de la provincia del Neuquén. Y muy vinculados a este grupo inicial aparecen enfermeras, algunas de ellas también curadoras populares, entre las que se destacó Ina Bertoldi, fallecida en 1989. Durante muchos años, en silencio, con su carga de tiempos y pesares, físicos y de los otros, la vieja Ina ayudó a muchos pobladores desde su puesto del hospital o, luego de jubilarse, desde la sala de su casa, primero, y desde su propio dormitorio después, durante su enfermedad. Falleció tras una larga agonía como si debiera sufrir todos los males de las personas a quienes ayudó.

Ina, de muchas maneras, es el paradigma de la confluencia de los distintos modos de entender la salud y la enfermedad en nuestra región. A ella nuestro especial agradecimiento, también por la infinita paciencia que tuvo para enseñarnos cosas que llegan sólo por el lado de los afectos.

Cercanos están los "doctores" y las "médicas". Los primeros, egresados de las diversas escuelas oficiales de medicina, casi siempre médicos generalistas formados en la residencia de medicina general de nuestra

Scanned with CamScanner

provincia. También aquí hay figuras paradigmáticas, como lo fueron, en la zona norte de la provincia, Antonio Gorgni, y en la nuestra, Rodolfo Koessler, pioneros de la introducción de la medicina blanca en la zona. Fueron médicos generales, pero, y por qué no, también científicos sociales. De su quehacer, transmitido por sus familiares y pobladores, y sus escritos, aprendimos que la tarea sanitaria es mucho más compleja que aliviar el dolor de un órgano afectado. La "médica" es la curadora popular de la región. Tarea cada vez menos ejercida por hombres. Es la heredera del "machi", curadora mapuche que utilizaba el éxtasis para sus ritos de curación, poniendo en contacto las personas, los dioses y los espíritus de los antepasados. La "médica" ha tomado la forma de nuestra época, incorporando aportes de otros modos de curar, en especial los de la medicina hispánica de la conquista, de la medicina científica y de la llamada "sanidad espiritual" de los grupos religiosos pentecostales. Acá queremos mencionar a don Sótero Ibáñez, de la zona de Junín de los Andes, y a doña Carmen Antigual, de la agrupación indígena Caichihue, paraje de Catan-Lil. Ambos son recordados con agradecimiento y admiración por muchos pobladores viejos de la región. Sus descendientes también mantuvieron y acrecentaron el acervo de nuestra medicina popular, que relaciona el cuerpo y el alma, la vida y la trascendencia, el individuo y su pueblo, enmarcado por la tierra y la historia.

Otras personas participaron en esta labor a través de instituciones. Sobre todo, Salud Pública de la provincia del Neuquén, a través de los distintos niveles de su estructura y en distintas etapas, incluso políticas. Apoyo que no fue unívoco, ni podía serlo. Muchas veces se acompañó de críticas, que nos permitieron corregir rumbos y, en otras ocasiones, afirmarnos en nuestros enfoques.

Este apoyo se expresó, no sólo desde el Area Psicosocial sino, sobre todo, en el nivel de los trabajadores de Atención Primaria de la Salud y de las conducciones intermedias (Jefatura de Zona Sanitaria IV) y de base (direcciones de hospitales, en especial zonal). En 1987, en los comienzos de la investigación, recibimos la ayuda del Area de Estudios e Investigación en Ciencias Sociales para la Salud de la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Nación, del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional del Comahue y de la Sociedad de Medicina Rural de la provincia del Neuquén. Sostenes fundamentales en tiempos difíciles que siguen presentes a través de los vínculos interpersonales que han trascendido, incluso la existencia institucional misma. Desde 1987, y a través de un Proyecto de Investigación y Desarrollo plurianual, nos hemos incorporado como grupo de investigación formal al Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Somos conscientes de que nos tocaron momentos duros para el país en su conjunto, y para la investigación, tarea que está bastante limitada. Por eso agradecemos también a estas instituciones, y a sus miembros, la ayuda que nos brindaron.

La vinculación con las ciencias sociales y humanas se dio con vigor a través del apoyo que nos dieron nuestros consultores, con aportes que permitieron el enfoque interdisciplinario que requería el tema. Vaya nuestro reconocimiento a Félix Schuster, Rodolfo Casamiquela, Janine Puget, María Rosa Glasserman, Charito Lores Arnaiz y Mario Rabey.

Una fuente de crítica y refuerzo constante con que en un principio no contábamos fueron quienes protagonizaron el sistema de pasantías en el

marco de nuestro Proyecto de Atención Primaria y Salud Mental de la Zona Sanitaria Sur: estudiantes, médicos, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, antropólogos, sociólogos, agentes sanitarios, docentes que, desde diversos lugares del país, concurrieron a intercambiar conocimientos, afectos y haceres. Largo sería enumerar los aportes de todos estos amigos, que continúan a través de visitas y cartas, que se expresan con apoyos técnicos a pobladores, a curadores y, a veces, también desgrabando, corrigiendo manuscritos o reconstruyendo entrevistas. Pero siempre y sobre todo, conformando una red de vínculos que, esperamos, se siga enriqueciendo con el tiempo.

Queremos subrayar la tarea de los diversos grupos en los que trabajamos, como los de jubilados y pensionados de Junín de los Andes, el de detenidos y procesados de Junín de los Andes, los de alcoholismo, de atención primaria, los familiares de pobladores, los institucionales, y en especial los equipos de los hospitales y docentes del interior de la zona.

Deseamos mencionar en especial a: Jorge Grünmann, Gregorio Quirno Costa, Otto Neumayer, Carlos Cornaglia, Enrique Perea, Alicia Gillone, Laura Leyton, Juan Carlos Manrique, Noemí Murekian, Marcelo Parada, Daniel MacWilliam, María Fernanda Hadad, Guillermo Luchtenberg, Fernando Gore, Daniel Páez, Isolina Ranguileo, Félix Sayhueque, Herminio Casanova, Roberto Castillo, Flaminio Muñoz, Abel Jofré, Ana Guerrero, María Menorio, Elisabeth Saavedra, Angela Lugones, Mirta Vázques, Justo Caitruz, Cecilia Inal, Petrona Painenao, Juana de Curruhuinca, Antonio Alvear, Marcelino Martín, Roberto Antileo, René Luna, Carmen Llanquín, María Domitila, Luis Martínes, Adriana Rodríguez, Antonio Ruiz, Roberto Arias, Edgardo Massi, Silvia Molina, Cecilia González, Liliana López y Marcos y Eugenia Kalinsky quienes son primeros protagonistas del proceso de conocimiento que aquí se presenta.*

Una palabra final de agradecimiento para el Centro Editor de América Latina, quien nos permitió una mejor comunicación de las ideas.

Wille Arrúe - Beatriz Kalinsky
Buenos Aires, mayo de 1991

* Sólo los nombres de los curadores populares y de los diversos consultantes fueron cambiados. También la denominación de los parajes, no así de las localidades de referencia de la zona: San Martín de los Andes, Junín de los Andes, Las Coloradas y Zapala.

Scanned with CamScanner

Introducción

Estas páginas son un intento de acercamiento a uno de los aspectos del intrincado mundo de los seres humanos. Es el que se refiere al problema del sufrimiento; éste nos plantea siempre un intenso desafío, tanto a nuestra capacidad de discernimiento y comprensión, como a nuestras posibilidades de decisión y acción.

A pesar del profundo desasosiego que genera toda situación que limita con el dolor, o quizá por ello mismo, necesitamos dar con respuestas aunque no podamos escapar a la presencia recurrente del sufrimiento pues parece ser parte de la propia experiencia del vivir. Pero darnos la oportunidad de enfrentarlo abiertamente puede ser el primer paso para iniciar la búsqueda de algo que otorgue algún sentido al dolor. Y a nosotros mismos.

El sufrimiento humano aparece de muy diversas formas, y nunca de una sola textura. Es obstinadamente escurridizo. Eso hace que no podamos contar con pautas fijas, ni tan siquiera con perspectivas unificadas para enfocarlo. Más aún, el acto mismo de nombrarlo y, por lo tanto, de darle sentido en los referentes generales de una visión de la realidad, es extraordinariamente variable, y hasta disímil. Depende, en términos amplios, de los delicados enlaces que se dan entre la experiencia social y el "ethos" cultural.

El eje que sustenta nuestra visión es la aceptación de una diversidad en las representaciones de la salud y la enfermedad, así como de los esquemas conceptuales y las prácticas consecuentes.

Esta diversidad no está aislada. Tiene que ver con las personas y los grupos que forman pueblos y comunidades —variaciones en el tiempo y el espacio— y con las continuas contingencias de la vida. Partiendo del supuesto según el cual cada cultura da marcos de comprensión específicos y circunstanciados para significar a los distintos hechos vitales —entre ellos, la propia vida, la muerte, la enfermedad y la salud— y, además, del supuesto de que tiene los medios idóneos para cubrir las necesidades así surgidas —necesidades de cada uno de sus miembros y de los grupos en general—, como también para potenciar los recursos existentes, aceptaremos que tales diferencias nos exigen respuestas acordes.

Para estos distintos esquemas no caben juicios evaluativos: no son unos mejores que los otros, o más o menos justos, o correctos o incorrectos. Simplemente, son. Aunque hay que mantener el alerta en cuanto a las

cambiantes condiciones en que son formulados, validados, puestos en vigencia y, al mismo tiempo, desactualizados.

Por otra parte, resta la inmensa labor de explicitarlos y sistematizarlos desde la perspectiva científica, para conocerlos y encontrar líneas de acción compatibles con las condiciones concretas de su existencia.

Esta es una necesidad propia de la comunidad científica, ya que cuanto más elíptica permanece esta diversidad para ella, menores son las posibilidades para una articulación positiva entre ambas.

Pero esta necesidad no es, ni debería serlo, asumida por quienes practican cotidianamente la diversidad.

A su vez, las orientaciones cognoscitivas que provee cada cultura para dar significado a estos fenómenos que aquí nos preocupan, y que por ahora designamos como "sufrimiento humano", no son unívocas.

En algunos casos, sorprende la gama de variaciones alrededor de un núcleo dinámicamente estable de "ideas-fuerza". Pero en otros casos, y es el que aquí consideraremos, el devenir histórico ha tenido una decisiva influencia para compaginar factores oriundos de distintos sistemas socioculturales; éstos, bajo el impacto de la coexistencia forzada, han debido componer verdaderas estrategias de negociación con el fin de sobrevivir en su nueva situación. Sobre todo, sin duda, en el caso de los vencidos (pero ¿vencidos?) en la confrontación.

Los puntos de vista que aquí expondremos se inscriben en lo que pretendemos sea una perspectiva científica. En ella, apenas están comenzando a desarrollarse instrumentos conceptuales para este tipo de planteos. Por otra parte, asumirla no implica desdeñar otras posibles, y de hecho vigentes, como la religiosa, la del así llamado "sentido común", o aun la estética.

Por el contrario, nos parece primordial continuar en un diálogo abierto con ellas, con miras a comprenderlas: pero este acercamiento no implica reducir unas a las otras o, peor aún, confundirlas al hacer trasposiciones inútiles. Tampoco ignoramos, e intentaremos mostrarlo más adelante, que el propio marco científico se expresa a través de una multiplicidad de formulaciones, a veces tan conflictivas como la sociedad de la cual resultan, y que incluyen poderosos mecanismos de segregación respecto de todo aquello que dictamine como ajeno, entre lo que figura, como triste privilegiado, justamente el sufrimiento humano.

De la amplia problemática vinculada con el dolor humano, intentaremos recortar la representada por la locura, como una de sus tantas versiones posibles. "Locura" como término abarcativo y flexible; que no nos encadene, al menos de antemano, a las estrecheces de las nosologías clásicas; que nos facilite el planteo de formulaciones críticas respecto de ellas y también el acceso a un análisis de los supuestos en que se encarnan.

Una conceptualización laxa nos dará la oportunidad, esperamos, para encarar un hecho poco aceptado, incluso y curiosamente por la propia teoría antropológica clásica: los hombres nos movemos más o menos fácilmente, y en lo cotidiano, entre formas radicalmente distintas de concebir y representar el mundo, aun cuando estos modos estén separados por verdaderas brechas culturales.[1]

Zonas de intermediación y de exclusión se convocan para presentarnos un panorama ríspido y discontinuo por el que habremos de delimitar nuestro recorrido.

Scanned with CamScanner

Un recorrido cuyas dificultades comienzan en los propios autores. El uno, médico. Con serias dificultades, en especial iniciales —tanto de corte epistemológico como emocional— para reconocer los modos diferentes de encarar problemas parecidos.

A este enfoque resueltamente etnocéntrico, que incluye una también resuelta impugnación moral para con el punto de vista que no se comparte, le sucede una actitud de franco mimetismo.

Es decir, la exacta inversión del argumento anterior: así, al desconocimiento de lo del otro, le sigue el desconocimiento de lo propio, quizás un paso obligado para intentar el vínculo basado en la simetría. Esto tiene que ver con el reconocimiento de lo de uno y de lo del otro a través del respeto. Respeto què incluye y se enriquece en la diferencia.

La otra, antropóloga. Obsesionada por el falso problema del exotismo que, sin duda, existe, aunque no en los términos que suele plantear un modo peculiar de profesionalización.

El tema vuelve a ser la diferencia; y las prescripciones metodológicas para estos casos "obligan" a permanecer en una situación de anacrónica indefinición en cuanto al "salir", pero al mismo tiempo permanecer insertos "lo suficiente" en nuestras coordenadas socioculturales e institucionales. En realidad, este precepto no hace más que encubrir, no sin cierto dramatismo, y esto no es una ironía, sobre todo en el caso del antropólogo de campo, nuestra incapacidad para vincularnos perceptiva y afectivamente con lo que, en principio, nos es ajeno.

Pero la "opacidad" de otros modos culturales no puede ser aclarada mediante la arbitrariedad y el prejuicio.[2]

Cfr. Clifford Geertz, *La interpretación de las culturas*, México, Gedisa, 1987 (1ª edición en inglés, 1973).

Los conceptos "relatividad cultural" y "exotismo" no parecen ser necesariamente contrapuestos, si bien en una primera aproximación podría pensarse que una afirmación de la diversidad cultural (principio que fuera parte del acta de nacimiento de la antropología como disciplina científica) diluye, por sus propios términos, la cuestión del exotismo. Sin embargo, ello no es así.

El punto estriba en que la premisa de la diversidad cultural ha conducido, en la teoría antropológica, a concepciones diferentes sobre las posibilidades y condiciones de conocimiento del "otro étnico". En tal sentido, se han desatado prejuicios epistemológicos en todas direcciones.

Así, están quienes sostienen que el conocimiento de lo ajeno se produce sólo mediante una "adecuación" semántica a las categorías de quien conoce (o sea, el etnógrafo). De aquí se extraen dos conclusiones:

a) El exotismo dejaría de existir como problema ya que, por definición, todo contenido simbólico es traducible al marco categorial propio de quien es un observador externo. Una vez cumplida la traducción, "lo ajeno" se reduce sólo a una primera apariencia superficial (Geertz, 1989).

b) El principio de la relatividad cultural pasa a ser, él mismo, "relativo", en tanto tal diversidad pasa a ser expresada, sin resto, en un discurso que, en principio, también le es ajeno. Nótese que esta idea de "traducción" se suele plantear, casi siempre, en una sola dirección: del observado al observador, del indígena al científico, del discurso "primitivo" al técnico. (El planteo de la dirección inversa es aún tibio, al menos en lo que se refiere a los procesos cognoscitivos.)

Esta posición merece una reflexión: la traducción de unas categorías culturales a otras se relega en la literatura antropológica, casi siempre, al momento de la

Antes bien, captar la norma en la diferencia nos abre el panorama de una relatividad cultural que se compadece con la diversidad que han tomado las formas humanas de vida.

Tratar esta relatividad, hacerla más transparente para nosotros, significa, según pensamos, respetar por sobre todo lo particular que hay en el otro, es decir, justamente frente a lo cual nos permitimos sentirnos extrañados.

Confiamos no caer en "el" relativismo cultural, concepción que creemos alejada de nuestro intento. Al menos, por las siguientes razones:

- porque sostenemos el principio de la unidad genérica del hombre, en cuanto a sus potencialidades y capacidades, las que por su plasticidad posibilitan, en los hechos, respuestas discrecionales;[3]
- porque no creemos que los sistemas socioculturales contemporáneos se agoten en ellos mismos, dado el ordenamiento internacional vigente. Profundas, y por lo regular, injustas relaciones los ponen unos con otros;
- porque cada sistema sociocultural es convencional y, por tanto, rela-

construcción del texto etnográfico. Así, hay una extensa polémica sobre las diferentes formas en que se reconstruye la palabra del "otro" en la palabra del etnógrafo (Marcus y Clifford, 1985; Sangren, 1988; Spencer, 1989; Tyler, 1987, entre muchos otros). No obstante, quedan por discutir dos cuestiones: la primera, en qué medida la palabra del "otro" así reproducida se convierte en exótica para su propio formulador, cuando vuelve a tomar contacto con ella. Pero, ¿vuelve alguna vez el texto etnográfico a circular en el "mundo de los observados por el etnógrafo"? (Kamppinen, 1989).
La segunda, en qué medida resta, intacto, el problema del exotismo fuera del texto, vale decir, en la mayor parte del proceso de conocimiento (Caplan, 1988).
Por su parte, hay quienes sostienen la imposibilidad de traducir unos contenidos simbólicos en otros; planteo que se hace con diferentes grados y alcances (Clifford, 1983; Clifford y Marcus, 1986, también entre otros). Abandonando la cuestión de lo exótico a sus expresiones quizá más burdas (muy cerca del relativ*ismo*) y exhibiendo una (mal) supuesta "ingenuidad" del "otro" como uno de sus rasgos característicos (en contra de esta última afirmación, Clastres, 1981), además de la imposibilidad de comunicación genuina entre diferentes culturales.
Este punto de vista, si bien parece ser más cuidadoso de los derechos de los "otros" en la creación del orden simbólico, deja en pie un interrogante central: el enorme (por el vacío teórico existente) campo de las vicisitudes de los procesos interculturales en situaciones socioinstitucionales de subordinación/hegemonía, que hoy son la norma antes que la excepción.
La figura del "otro" como interlocutor está apareciendo como una alternativa posible en estas cuestiones (Honko, 1988; Gudeman y Rivera, 1989; Rabey y Kalinsky, 1986). El vínculo con el investigador se sostiene a partir del diálogo como factor legitimizador de conocimiento y de re-conocimiento mutuo (así Honko, 1988, habla de "partners-in-research", por ejemplo). De tal forma que mutuos procesos interpretativos recorren la *totalidad* del vínculo, y por último, lo define (Keesing, 1987).
En la medida en que este encuentro fracase, y ello ocurre no pocas veces en tanto posee un fundamento afectivo que se ve amenazado si se perpetúa el halago por lo propio, entonces el exotismo se reinstala, dejándonos en el punto de partida.

[3] Cfr. George Simpson, *El sentido de la evolución*, Buenos Aires, Eudeba, 1977 (1ª ed. en inglés, 1951); Ashley Montagu, *La naturaleza de la agresividad humana*, Madrid, Alianza Editorial, 1978 (1ª edición, 1976).

Scanned with CamScanner

tivo.[4] Ello los hace equivalentes en cuanto a sus derechos y al tipo de respuestas que brinden a sus necesidades. Pero que sean convencionales no significa justificar su jerarquización (relaciones de hegemonía/subalternidad), a pesar de una práctica en tal sentido, librada al arbitrio de unos, entre todos. Por ello reafirmamos, *para nuestro caso*, esa relatividad cultural; la cual implica, ante la evidencia de un sometimiento duramente ejercido, una consideración crítica.

Esto último marca otra de las premisas que habrán de mostrar las claves del análisis: la necesidad de otorgar contenido empírico específico a las categorías que se utilicen, para que las estimaciones que se hagan sean respecto de situaciones particulares. Sólo entonces, podremos referir los sistemas de salud vigentes en la zona de nuestro trabajo, y resultados de consecuentes visiones de la salud, la enfermedad y la locura, a los procesos psicosociales y culturales que correspondan.

El progreso conceptual en este análisis nos permitirá, esperamos, comprender el papel que cumplen los grupos humanos en el *perfil local*, así como las formas de organización social que van generando.

Pero que quede claro que se trata de una búsqueda del hombre en los otros hombres, una *búsqueda* que encuentra respuestas *necesariamente disímiles* y que concurren, no sólo a formar la identidad de los grupos, sino, también, al encuentro con el otro y con la propia identidad.

[4] Cfr. Pierre Bourdieu, *La reproducción. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza*, Barcelona, LAIA, 1977; Néstor García Canclini, *Las culturas populares en el capitalismo*, México, Nueva Imagen, 1986 (1ª edición, 1982).

I. La diversidad de las perspectivas formales de la salud (mental)

La modalidad propia de la medicina oficial del sur del Neuquén[1] es, en buena parte, el correlato de las modalidades de la política central. Existe la medicina del "cuerpo" y la de "la mente". Esta disociación, que marca el sentido de la especialización, también se transmite a la medicina general —incluso a la atención primaria de la salud— aunque en menor grado.

Las así llamadas "enfermedades orgánicas" son también consideradas, en esta región, entidades homogéneas y, por ende, universales. No obstante, la presencia de corrientes internas en la medicina nos informa de la existencia de divergencias. Por ejemplo, hay quienes se adscriben a la escuela quirúrgica de Finochietto. O pediatras que adhieren a las normas de las escuelas del Hospital de Niños o Casa Cuna, las que influyeron, a su vez, a las normas provinciales.[2]

En el campo de la salud mental estas diferencias se acentúan.[3] Si hacemos una breve revisión de las *teorías* formuladas en torno de la salud y la enfermedad mental de las personas y los grupos humanos, veremos que son más abundantes los desacuerdos que las coincidencias. ¿Estamos en presencia de una anarquía teórica? ¿De un absurdo epistemológico? ¿El concepto de "salud mental" en la teoría psicosocial carece de especificidad semántica?

Estos desacuerdos giran alrededor de cuestiones tan variadas como la naturaleza, la etiología, enfoques y hasta el mismo objeto de la llamada "enfermedad mental". Mientras la llamada "psiquiatría clásica" postula el "hecho psicopatológico" como su razón de ser, y propone que la locura reside en el individuo biológico,[4] el representante más extremo del movi-

[1] Definimos a la "medicina oficial" como aquella práctica que tiene un reconocimiento oficial extendido a través de las instituciones profesionalizadoras correspondientes (en especial, las estructuras universitaria y hospitalaria). Tiene, además, un ejercicio profesional reglamentado y su función se imbrica con otros ámbitos que poseen una legalidad semejante.

[2] Hablamos aquí de "escuela" en el sentido de la labor de formación profesional ejercida por quien tradicionalmente se conocía como maestro.

[3] Cfr. Denis Lafortune y Margaret Kiely, "Prevention primaire des psychopathologies: Appellation contrôlée", *Santé mentale au Québec*, XIV (1) 1989.

[4] Thomas Szasz, *Ideología y enfermedad mental*, Buenos Aires, Amorrortu, 1976 (1ª edición en inglés, 1970).

Scanned with CamScanner

miento antipsiquiátrico inglés de la década del 60 considera que la locura es una construcción social y, en tanto tal, se trataría de una cuestión política.

Tenemos corrientes que sostienen que la locura[5] es un estado permanente, y aun degenerativo, mientras que otras sustentan una idea de enfermedad mental dinámica, transitoria, cambiante y, sobre todo, recuperable.

En tanto unas sostienen una irremediable disociación entre el mundo de la locura y el de la cordura,[6] otras dicen que la permanencia de "núcleos sanos", presentes incluso en los cuadros más dramáticos, posibilitan la restitución al universo de la normalidad.[7]

Así como ciertos enfoques apelan a los modelos *asilares* y a los *cronicarios*,[8] asociándose a un paradigma predominantemente neurobiológico,[9] otras formulaciones denuncian la violencia ejercida por la sociedad a través de dichas instituciones tanto como la arbitrariedad del acto mismo de la internación,[10] y los efectos antiterapéuticos y deshumanizantes del trato institucional para con los internados.[11] Aparece también la locura como testimonio de la verdad del sujeto, "la vérité du sujet",[12] entendiéndose al psicoanálisis como la ciencia del inconsciente cuya meta es una toma de conciencia de un nivel de autenticidad que no corresponde, nunca, a adaptarse a la norma; ésta pasa a ser, lisa y llanamente, en otras visiones,[13] la representación de la desadaptación.

La locura ha significado para otros autores una vía posible, aunque privilegiada, para acceder a un conocimiento que se pretende exclusivista y develador de verdades intrínsecas de la naturaleza humana;[14] esta concepción contrasta con la que presenta a la psicosis como un mundo oscuro, regresivo y, sobre todo, incomprensible.

A pesar de este esquemático aunque ejemplificativo panorama, podemos extraer algunas conclusiones respecto del concepto de "salud mental":

[5] Utilizamos el término "locura" en un sentido no técnico y abarcador de las diferentes formas con que se ha nombrado esta forma del padecer humano. Queremos evitar, al menos por ahora, el dejo medicalista que envuelve al concepto de "enfermedad".

[6] Cfr. Henry Ey, *En defensa de la psiquiatría*, Buenos Aires, Huemul, 1979 (1ª edición en francés, 1977).

[7] Cfr. Wilfred Bion, *Elementos de psicoanálisis*, Buenos Aires, Hormé, 1966; Ludwig Binswanger, "La escuela del pensamiento existencial", en R. May, E. Angel y H. Ellenberger (ed.), *Existencia*, Madrid, Gredos, 1977.

[8] Nos referimos a la idea de que la locura debe ser segregada de la vida cotidiana. Idea que se institucionaliza mediante la internación en hospitales destinados sólo a pacientes psiquiátricos, quienes quedan en una situación sin-fin (cronificación).

[9] Esta correspondencia no es, necesariamente, mecánica. Señalamos sólo una tendencia.

[10] Franco Basaglia, *La institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico*, Barcelona, Barral Editores, 1972 (1ª edición en italiano, 1968); Michel Foucault, *Historia de la locura en la época clásica*, México, Fondo de Cultura Económica, 1979 (1ª edición en francés, 1964); Maud Mannoni, *Un lugar para vivir*, Barcelona, Grijalbo, 1982.

[11] Erving Goffman, *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Buenos Aires, Amorrortu, 1981; Carlos Cornaglia, "De la institución 'iatrógena' a la institución 'terapéutica'. Una propuesta cualitativa para las instituciones de salud mental", *Temas de psicología social*, Buenos Aires, 1984.

[12] Jacques Lacan, *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*, Barcelona, Barral, 1974 (1ª edición en francés, 1964).

[13] John B. Watson, *El conductismo*, Buenos Aires, Paidós, 1976; H.J. Eysenck, *La rata o el diván*, Madrid, Alianza, 1979.

[14] Ronald Laing, *El yo dividido*, México, Fondo de Cultura Económica, 1980 (1ª edición en inglés, 1960).

- una primera cuestión se refiere a la dificultad para deslindar dicho concepto. Sólo aparece como una categoría residual, producto de la reflexión sobre la enfermedad mental y la cura. Entonces, no parecemos disponer de una ciencia de la salud mental, sino que estamos en presencia de una psicología y una psicosociología de la enfermedad mental;
- el concepto de "salud mental" puede recortarse de un núcleo específico de cuestiones que surge de establecer previamente una serie de compromisos generales, tanto teóricos como extrateóricos, que le otorgan a cada escuela o corriente una cierta peculiaridad. Así la elección de una técnica psicoterapéutica no se hace en forma aislada, sino en virtud de una concepción previa de la locura y la salud, así como de una visión del hombre y de la sociedad implícitamente consideradas en las elaboraciones teóricas que incluyen, en ellas mismas, aspectos gnoseológicos y epistemológicos (en cuanto a las mismas posibilidades de conocer y a los modelos de conocimiento postulados);
- se apela sistemáticamente a procedimientos reduccionistas en la conceptualización del campo de la salud mental. Desde la eliminación de la dimensión psicológica propiamente dicha,[15] hasta un centramiento casi exclusivo en el plano psicoantropológico (o intrapsíquico); de esta forma se invalidan otros aspectos de la vida: los contextos sociohistóricos, políticos, técnicos, etcétera;[16]
- estos enfoques parcializantes nos llevan a considerar la posibilidad de que en la historia de la teoría y la práctica psicosociológica se haya producido algo así como una *segregación de los cuadros nosológicos* tal que cada una de las corrientes gestadas haya tomado a su cargo algo así como un aspecto particularizado de la "locura", pero otorgándole un *carácter universal*. Por ejemplo, las histerias y las neurosis serían patrimonio del psicoanálisis, en tanto que de "otras" neurosis se ocupa el conductismo.

Las psicosis constituyen el núcleo estructurante de la psiquiatría. También el psicoanálisis inglés[17] las ha abordado. Ambas perspectivas difieren en la conceptualización de la entidad "psicosis" y, por consecuencia, difieren también en cuanto a las estrategias implementadas para encararlas terapéuticamente, al igual que en su pronóstico. Mientras la psiquiatría construye su perspectiva a partir de la dimensión orgánico-funcional, el psicoanálisis plantea un modelo fundado en aspectos del psiquismo primitivo: relaciones objetales, ansiedades, estados del yo, etc., así como específicamente cognoscitivos.[18]

[15] En el caso del conductismo, se trata de una curiosa combinación de dos reducciones: a la biología y a la sociología.

[16] Marie Lise Brunel, "L'emphatie en counseling interculturel", *Santé Mentale au Québec*, XIV (1), 1989.

[17] W. Bion, *op. cit.*; David Rosenfeld, *Estados psicóticos*, Buenos Aires, Hormé, 1978.

[18] Así, por ejemplo, en Bion la posibilidad de la curación reside en un proceso de pensamiento hacia el conocimiento de la propia realidad psíquica (lo cual no es un conocimiento intelectual, al menos en sentido estricto), el cual funda la modalidad

Scanned with CamScanner

Las esquizofrenias son consideradas desde varios puntos de vista: psiquiátrico, con énfasis en lo orgánico; psicoanalítico, fundado en la dimensión intrapsíquica; fenomenológico-existencial, basado principalmente en lo antropológico y en la dimensión de la conciencia; interaccionalista, en el cual predomina lo interpersonal y familiar.[19]

En cuanto a la consideración del tiempo, algunos destacan la importancia de la historicidad, no sólo individual sino generacional, en tanto otros se centran exclusivamente en un tiempo coyuntural. Por lo tanto, la duración de los tiempos terapéuticos es necesariamente disímil.

La enumeración podría continuarse, pero basta para mostrar que, cuando se privilegia algún ámbito o aspecto, los restantes quedan oscurecidos sin jugar un papel específico en la dilucidación de los fenómenos ni en las prácticas de ayuda. Son contadas las corrientes, y los autores, que han intentado una integración conceptual del fenómeno de las perturbaciones mentales. Podrían mencionarse a algunos exponentes del freudomarxismo[20] y de la escuela psicoanalítica inglesa.[21] De diversas maneras se conectaron los niveles microsociales con aspectos sociales y políticos estructurales,[22] con aspectos culturales, como en la propuesta etnopsiquiátrica,[23] y con la comunidad concebida ahora como un recurso terapéutico.[24] En nuestro país, Enrique Pichon-Rivière[25] impulsó decididamente un enfoque vincular de los trastornos mentales y, con ello, también grupal y social, abriendo un camino a importantes desarrollos ulteriores, en los cuales privan las visiones integrales,[26] pero los resultados necesitan aún evaluarse con cuidado.[27]

Las preguntas que surgen de este complejo panorama crean un espacio de significaciones ambiguas: ¿es la misma esquizofrenia la que "ve" el

---

que toma la situación analítica.

[19] Cfr., entre otros, a G. Bateson y colaboradores, "Hacia una teoría de la esquizofrenia", en D. Jackson (comp.), *Comunicación, familia y matrimonio*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1984 (1ª edición en inglés, 1968); James Haley, "La familia del esquizofrénico: sistema modelo", en D. Jackson (comp.), *op. cit.*; y Salvador Minuchin, *Familias y terapia familiar*, Madrid, Gedisa, 1982.

[20] Entre los más caracterizados se cuentan: Erich Fromm *(Psicoanálisis y ética*, México, Fondo de Cultura Económica, 1957; *Psicoanálisis de la sociedad contemporánea*, México, Fondo de Cultura Económica, 1958) y Jürgen Habermas (*Conocimiento e interés*, Madrid, Taurus, 1983).

[21] John Bowlby, *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*, Buenos Aires, Paidós, 1983 (1ª edición en ingles, 1980).

[22] Cfr., entre otros, a Franco Basaglia, *op. cit.*; David Cooper, *Psiquiatría y antipsiquiatría*, Barcelona, Paidós, 1985, y Franz Fanon, *Los condenados de la tierra*, México, Fondo de Cultura Económica, 1972.

[23] Tales las de George Devereux, *En defensa de la psiquiatría*, Buenos Aires, Huemul, 1979 (1ª edición en francés, 1977); Gehza Roheim, *Psicoanálisis y antropología*, Buenos Aires, Sudamericana, 1973; y François Laplantine, *Introducción a la etnopsiquiatría*, Barcelona, Gedisa, 1979 (1ª edición en francés, 1973)

[24] George Caplan, *Principios de psiquiatría preventiva*, Madrid, Paidós, 1983; Jacques Hochmann, *Hacia una psiquiatría comunitaria*, Buenos Aires, Amorrortu, 1971.

[25] Entre sus trabajos destacamos *El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social*, 1985 (1ª edición, 1971) y *Teoría del vínculo* (1986), ambos editados en Buenos Aires por Nueva Visión.

[26] Tal la de José Bleger en *Psicoanálisis y dialéctica materialista*, Buenos Aires, Paidós, 1978.

[27] Cfr. David Ingleby (comp.), *Psiquiatría crítica. La política de la salud mental*,

psiquiatra, el psicólogo fenomenológico, el psicoanalista existencial, el antipsiquiatra y el interaccionista? ¿La neurosis conceptualizada por el conductista es la misma que pretende aliviar el psicoanálisis?

La especificación de la problemática de la salud-enfermedad mental no sólo tiene que ver con enfoques teóricos, sino también con el valor ético que se le concede a la intervención terapéutica y a la posibilidad de la teoría y la práctica científicas para dar cuenta del sufrimiento humano.

En general, la sociedad occidental ha mostrado su incomprensión e intolerancia a la diferencia, así como su miedo por lo que le es desconocido, instituyendo poder a ciertas formas sociales, asilos, manicomios, donde se produce una depositación "del loco", aislándolo de las circunstancias de la vida cotidiana que guarden alguna relación con su universo simbólico.

Aislamiento, autoritarismo, pérdida de los derechos civiles, son algunas de las notas de lo que ya reiteradamente ha sido denunciado como "poder psiquiátrico".[28, 29] Surge así un perfil técnico e institucional en donde predomina la función de control social por sobre las necesidades de la persona presuntamente enferma.

Retomando las preguntas planteadas no parece posible, al menos por ahora, dar una respuesta única ni tan siquiera convincente. No obstante, podemos señalar:

- cada una de estas corrientes de pensamiento parece dar luz sobre algunos aspectos, velando, al mismo tiempo, otros. Los intereses que guían estos encubrimientos aparecen difusos pero muestran obedecer a compromisos que van más allá de lo estrictamente teórico. Centrarse en ciertos aspectos de la alienación humana parece significar una negación de la amplia gama de versiones en que ésta se manifiesta, cerrándose así el camino de la indagación e impidiéndose la identificación y explicitación. El encubrimiento de las contradicciones sociales, con la carga de patología que generan, no pareciera ser un camino útil para hallar y comprender algunas de las fuentes del sufrimiento humano;
- el tema de la salud mental no puede ser privativo de una sola disciplina científica. Hasta ahora, los intentos interdisciplinarios han sido una respuesta incompleta. El discurso psiquiátrico-psicológico ha detentado un monopolio en cuanto a la definición, el conocimiento y los caminos terapéuticos;
- parece necesario articular la problemática de la salud mental con marcos más inclusivos que la contemplen en sus diferentes facetas y en distintos contextos, para desarrollar así modelos metodológicos interdisciplinarios que permitan hacer confluir, interrelacionados, los distintos aportes.

Sin embargo, dichos enfoques no garantizan, por sí mismos, visiones integrales ("reduccionismo interdisciplinario").

El problema del sufrimiento de las personas, así como las respuestas

---

Barcelona, Grijalbo, 1982.

[28] Remitimos a las obras ya citadas de F. Basaglia, M. Foucault y E. Goffman, además de la de Robert Castel, *El orden psiquiátrico*, Madrid, Ediciones de la Piqueta, 1980.

[29] Este enfoque ha sido llevado, en algunos casos, a expresiones extremas. Como, por ejemplo, aquélla que pretende anular a la disidencia política.

Scanned with CamScanner

generadas en tal sentido, es atinente a todo el conjunto social.

Supera, entonces, ampliamente las posibilidades de la comunidad científica y su discurso. Polemizar acerca del arraigo ideológico, histórico y popular en la concepción de la salud y enfermedad (mental), vinculándolo a visiones generales del mundo, y definiendo el espacio de la participación social, puede ser el modo de abrir nuevos rumbos en una perspectiva humana de la ciencia.

II. Las prácticas locales del cuidado de la salud

Definir a la medicina popular es una tarea por demás espinosa.

Una forma aparentemente fácil sería intentarlo por exclusión: es todo aquello que no pertenece al ámbito de la medicina oficial. Creemos que este camino nos conduciría a errores. Veamos algunas de las cuestiones implicadas:

- el uso del término "medicina" ya, en sí mismo, encierra equívocos, puesto que se puede querer decir que existe un ámbito de los sistemas socioculturales subordinados que es equivalente al de la medicina oficial, en cuanto a su definición y concepciones.
  Esta suposición resulta de una simple extrapolación. Pensamos, por el contrario, que si bien el objetivo de ambas es el enfoque de algunos aspectos del sufrimiento humano en el campo de la salud y la enfermedad, las propias concepciones de salud y enfermedad son, en términos generales, diferentes. Por otra parte, las mismas formas de organizar la realidad también difieren entre sí.
  En principio, en el área de lo "popular" no existiría un recorte que englobara *únicamente* a las prácticas sanitarias. Profundas imbricaciones con sustratos religioso, familiar, comunitario, hacen que no pueda hablarse de una "forma médica" en sentido estricto. Al menos, en lo que atañe al sentido "occidental" del término;
- el concepto de "lo popular" tiene, por su parte, sus propias dificultades. En forma muy laxa, lo usamos aquí como contrapuesto al ámbito de "lo oficial". Esto último abarcaría aquello que está institucionalizado desde una perspectiva hegemónica.[1] Esta última cláusula nos parece importante ya que el curanderismo, como fenómeno sociocultural, también estaría institucionalizado, pero en este momento histórico-político, desde una perspectiva no hegemónica sino subalterna.[2]

[1] Cfr. Eduardo Menéndez, "Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y atención (gestión) de la salud", *Cuadernos de la Casa Chata*, nº 85, México, 1985.
[2] Históricamente, en lo que es atinente a las formas de organización socioinstitucional del pueblo mapuche, es cierto que la distinción que hicimos no es pertinente (Bengoa, 1985). Pero a partir del conjunto sociocultural coercitivo se plantea la relación hegemonía/subordinación.

Scanned with CamScanner

- aunque en el nivel "micro" también parece cierto que todo factor sociocultural hegemónico debió implementarse en condiciones político-institucionales regionales muy diversas.[3]
Así, cada uno de ellos encierra en sí mismo una cronología, una historia y una modalidad peculiar.
Los primeros representantes de la medicina oficial comienzan a establecerse en la provincia del Neuquén[4] después de la llamada "Conquista del Desierto", a fines del siglo XIX, iniciando su actividad en un contexto sociocultural en el que prevalecía la modalidad originaria. Pensamos que se recrea entonces un "nacimiento regional de la clínica" del cual tenemos, todavía, poco registro y sistematización. A partir de este hecho histórico, la medicina oficial se incluye paulatinamente en el seno de una sociedad que recurría, mayormente, a la medicina no científica.
El afianzamiento regional de las instituciones oficiales de salud se realiza, inicialmente, desde los centros poblados. Comprende la instalación de una red de establecimientos asistenciales: hospitales, puestos sanitarios, centros periféricos. En la provincia del Neuquén en particular, es la red pública la que mantiene, aún hoy, la primacía. Ella enfatiza la estrategia de la atención primaria que se fue dando en una interrelación intensa y a la vez conflictiva con las prácticas populares.[5]
Como resultado de ello, existen usos y modos oficiales de raíz popular e, inversamente, usos y modos populares que se han incorporado a la práctica oficial.[6]
Los límites siguen siendo muy lábiles aunque no arbitrarios. Hay núcleos de ambas prácticas que se excluyen entre sí por incompatibilidad. Por otro lado, aunque existan zonas de amplia interacción, ello no las hace equivalentes ni, menos aún, intercambiables, puesto que no poseen igualdad en cuanto a fuentes y grados de legitimación. Adicionalmente, la legalidad está puesta de un solo lado.
- Finalmente, lo que hoy son las prácticas populares del cuidado de la salud tienen, en realidad, muy diferentes fuentes de origen:
  a) la medicina propiamente aborigen, es decir la que se practicó hasta la llegada del blanco a la zona (alrededor del año 1550).[7] Más aún, antes de ese momento ya se habían producido importantes movimientos poblacionales, estableciéndose corredores fluidos entre los actuales países de Chile y Argentina; por lo que puede pensarse que las formas originales ya se habían modificado a partir de diversas influencias socioculturales indígenas;[8]

[3] Aun cuando no pueda ya discutirse una modalidad general caracterizada por la violencia, la persecución y el exterminio.
[4] Nuestra zona comprende el sur de la provincia del Neuquén, correspondiente a la Zona Sanitaria IV, comprendiendo las localidades de San Martín de los Andes, Junín de los Andes, Villa La Angostura, Aluminé y Las Coloradas, con sus respectivas áreas rurales.
[5] Cfr. Anexo 1.
[6] Este proceso, si bien tuvo peculiaridades regionales, de muchas maneras refleja patrones de cambio más generales.
[7] Cfr. José Bengoa, *Historia del pueblo mapuche. Siglos XIX y XX*, Santiago de Chile, Ediciones Sur, Colección de Estudios Históricos, 1985.
[8] En Chile, alrededor de los años 500 a 600 A.C. ya habría existido una cultura que

  b) aspectos de la medicina oficial que progresivamente se popularizan.
En este sentido, seguimos la línea planteada por García Canclini[9] según quien no puede definirse "lo popular" sino en relación con lo que no lo es, en una conexión, a la vez que fundamental, conflictiva.[10]

Asimismo, Bonfil[11] establece una tipología interesante acerca del origen y la función de los elementos culturales. Así, habla de elementos propios, apropiados, ajenos y enajenados.
Siguiéndolo, podríamos identificar como un elemento propio de la medicina popular el concepto de "daño". Porque el origen y la función siguen siendo propias del sistema.
En el caso de las vacunas, estaríamos frente a un elemento apropiado, pues, si bien su origen es externo a la cultura del lugar, la población las ha incorporado ampliamente en cuanto a su utilización.[12]
Un caso de elemento ajeno, al menos en los sectores populares de nuestra zona, es la figura del profesional de la salud mental. Ni su utilización ni su origen tienen, todavía, una representación social en el nivel local (excepto en los sectores urbanos, configurados por migrantes procedentes a su vez, de grandes centros).
Por último, entendemos que un caso concreto de elemento enajenado en el campo sanitario lo constituye el caso de la medicina termal. En su origen constituyó un factor fundamental de la práctica aborigen. Posteriormente fue incorporado por la medicina oficial. En la actualidad, el centro termal indígena más importante de la región, Caviahue-Copahue, se ha transformado en un complejo termal-turístico de nivel internacional.
En este proceso, entonces, se arman pasajes entre sistemas de elementos que progresivamente configuran un sistema local de salud. Sistema cargado de conflictos, de ambigüedades, pero también de logros y, por sobre todo, vigente.
Esto no implica ignorar que sigue persistiendo, en la base, una desigualdad intrínseca en cuanto al acceso a los diferentes bienes socioculturales, entre ellos en la salud.
Estas distintas concepciones que integran el por nosotros llamado *sistema local de salud* no siempre se aceptan fácilmente. Por ejemplo, la mayor parte de los agentes profesionales de la medicina oficial se empeña en negar esta realidad, quizá por una necesidad de contar con un criterio unificado.
Debemos mencionar acá que en nuestra región, los profesionales del sistema oficial de salud han migrado, en amplia mayoría, desde los centros

puede denominarse mapuche (Bengoa, 1985).
[9] Cfr. Néstor García Canclini, *Las culturas populares en el capitalismo*, México, Nueva Imagen, 1986 (1ª edición, 1982).
[10] Así, "la popularidad de cualquier fenómeno debe ser establecida por *su uso* y no por su origen" (pág. 69). Más adelante dice que "la misma subalternidad está históricamente diferenciada: como estado socioeconómico que sofoca a la cultura, como conciencia de clase que la suscita", García Canclini, 1986, pág. 73.
[11] Cfr. Guillermo Bonfil, "Los pueblos indios, sus culturas y las políticas culturales", en N. García Canclini (ed.), *Políticas culturales en América Latina*, México, Grijalbo, 1987.
[12] Un elemento apropiado se convierte en propio cuando sus modos de reproducción son incluidos, en un proceso activo, por la población. El ejemplo clásico sería el de la incorporación americana del caballo a la cultura del lugar.

Scanned with CamScanner

universitarios de formación de las grandes ciudades del país. Los miembros no profesionales, también en su gran mayoría, son originarios del lugar. Esto determina una muy diferente apreciación de las prácticas populares de salud por parte de los integrantes de ambos grupos. Esta situación potencialmente conflictiva suele, sin embargo, facilitar ante problemas concretos, y a través de los miembros no profesionales, las articulaciones entre las concepciones y prácticas de los profesionales oficiales con aquéllas propias de la población. Tenemos presente el papel crucial que desempeñan los agentes sanitarios o los auxiliares de enfermería.[13]

Muy a pesar de este sentido de negación de la realidad que intentamos delinear, la presencia de diferentes prácticas y opciones, tanto oficiales como populares, constituye un fenómeno muy difundido, aunque con diferentes posibilidades. Así la vigencia de la medicina popular no deviene de una legalidad oficial, sino de una legitimidad otorgada por el conjunto de la población; ¿se trata de la legalidad real?

En lo que respecta a la legalidad oficial, podría decirse que la medicina popular opera a pesar de ella. Las reglamentaciones existentes, de hecho, la prohíben;[14] también es cierto que el apego a esta prohibición es por demás disímil. Cambia en el tiempo y en el espacio y en sus diferentes interpretaciones y resultados.

Este entramado de armonías y conflictos, legalidades y legitimidades forma parte de una realidad, cuyas modulaciones, procedimientos y enfoques gozan de muy diverso grado de consenso y adecuación a las necesidades de la población. Realidad que no siempre es conocida por los equipos oficiales de salud.

Esta dificultad para percibir y aceptar la diversidad también es propia del campo de la salud mental.[15]

Aquí nos limitaremos a señalar las siguientes:

- desde el punto de vista médico oficial, predomina una conceptualización homogénea, poco matizada y singularmente plana de los espacios de la salud y la enfermedad mental. No se da paso a la incertidumbre: el sano es el adaptado, y el que no responde a la norma es enfermo. Desde allí, toda diversidad corre el riesgo de transmutarse en caos.
  En consecuencia, la fundamentación científica "tal como se debiera" está otorgada a la psiquiatría biológica en tanto se enraiza con factores que son re-conocidos por la clínica médica: formas que son compartidas así como sentimientos de cotidianeidad que delimitan el territorio de "lo conocido".
  Sin embargo, otra vez se deja deslizar la mencionada negación de una realidad que es multidimensional y dinámica. Basta observar el grado de incertidumbre con que se aplican procedimientos diagnósticos y terapéuticos en una sala de guardia, por ejemplo, para concluir, sin demasiada sofisticación analítica, que la práctica concreta y el discurso médico sobre ella no guardan un correlato demasiado estrecho. Aunque esta cuestión no sea vivida como tal.[16]
  Se trataría de una "lógica de la simplificación" que permite desligar de lo que se define como "problema médico" propiamente dicho, una serie de cuestiones que se ubican, de esta forma, en su extraterritorialidad: el ámbito psicosocial;[17]
- la medicina general, médico rural, de barrio urbano, familiar, plantea otro aspecto de la misma cuestión.
  En principio, intenta desarrollar un enfoque médico integral o menos disociado. Quiere conjugar en una figura las respuestas a las necesidades básicas de salud ante un orden en el cual las especializaciones y subespecializaciones introdujeron confusión, despersonalización de la relación médico-paciente y un fuerte aumento del costo de la atención médica.[18]
  Quizá la validez del intento por integrar las facetas biológicas, psicológicas y sociales choca con la exigencia de resumirlas en una sola figura, el médico general, en vez de ser asumidas por el equipo de salud en su conjunto.
  Como resultado de lo dicho, los médicos generales suelen tener dificultades para confrontar sus puntos de vista con el propio de las especialidades. El principio que subyace a esta cuestión es que el área de la salud mental, en el caso que estamos tratando, no es cualitativamente diferente al de la salud biológica.
  La capacitación que recibe el médico general en salud mental es incompleta. Muchas veces está signada por el reduccionismo que es el propio de sus capacitadores-especialistas de la salud mental. Se niega, entonces, la diversidad teórica e ideológica que caracterizan a las perspectivas en este ámbito.
  La clínica médica forma su juicio sobre la salud mental por analogía —semejanzas, afinidades, convergencias— y la medicina general lo hace quitando pertinencia a puntos de vista alternativos, con lo cual se empobrece el suyo propio;
- finalmente, tenemos la perspectiva de los propios equipos oficiales de salud mental, en donde las polémicas se han convertido en verdaderos impedimentos para una práctica pluralista de la salud mental. Cada una de las visiones pretende erigirse como la única posible y, por ende, se la universaliza, sin intentar una búsqueda de puntos de coincidencia alrededor de los cuales consolidar consensos que puedan ser la base de una tolerancia (flexibilidad gnoseológica) a formas diferentes de conocer y comprender la salud mental.

[12] Cuando nos referimos, posteriormente, a equipos oficiales hacemos hincapié en el grupo profesional, cuyos miembros son los conductores administrativos de la institución sanitaria oficial.
[13] Desde la figura jurídica de "práctica ilegal de la medicina".
[14] Obviamente, nos estamos refiriendo, también en este caso, al equipo oficial de salud. Porque, como dijimos, es escasa la idea que tiene todavía la población al respecto. Sin embargo, éste no es el caso del equipo de agentes sanitarios, quienes están en un contacto cercano con la práctica psiquiátrica y psicológica que se da en la zona.

[15] Pensamos que una respuesta inicial a este conflicto está representada por el establecimiento de normas de diagnóstico y tratamiento. Por otro lado, estamos persuadidos de que el conflicto es inherente a la naturaleza humana. Lo difícil, aunque también lo más humano, es reconocerlo.
[16] A su vez, se da una correspondencia en los equipos de salud mental, representada por la oscuridad del discurso que, muchas veces, los caracteriza.
[17] La especialización surge como una genuina necesidad de profundizar aspectos acotados del conocimiento y de la práctica, pero a su vez genera los excesos señalados.

Scanned with CamScanner

III. Un panorama comparativo de las prácticas de salud

No pretendemos agotar aquí la mención de los elementos que diferencian los ámbitos oficial y popular de salud. Simplemente, señalaremos algunos.

Ya dijimos que los límites entre ambas prácticas de salud son poco precisos; se trata de áreas no totalmente excluyentes entre sí, aunque en una relación conflictiva y de subordinación sociopolítica. Por lo tanto, en lo que hace al *ámbito local y regional*, no podemos conceptualizar los sistemas de salud por sí mismos, independientes uno del otro.

Creemos que la forma y peculiaridad que han tomado regionalmente se debe *justamente* al tipo de vínculos que mantienen entre sí, y no a pesar de ellos. Relación que tiene como nota central, estructural, una desigualdad intrínseca: uno, el sistema oficial, domina; el otro es subordinado.

Esta relación no puede organizarse sobre términos que se excluyen; presenta distintos tipos de articulación, de los que debemos dar cuenta.[1]

Entonces, en un nivel microestructural, así como habrá instancias de complementación, por ejemplo en lo referido a transferencias tecnológicas, habrá otras de amplio enfrentamiento, tal como ocurre con las series epidemiológicas, algunas formas de diagnóstico y tratamiento, etcétera.

La nota crucial que define la diferencia entre ambas prácticas de salud es un desacuerdo ideológico; ésta es la base de la tensión existente entre ellos.[2] [3]

Así, en la cosmovisión a la que adhiere generalmente la medicina oficial se da una construcción restrictiva de la enfermedad y de la enfermedad mental. La enfermedad suele ser entendida como una perturbación, desequilibrio o lesión que afecta a un órgano o sistema más analítico, como alteraciones bioquímicas.

En el caso de las enfermedades mentales, este enfoque se explicita cuando son exclusivamente adjudicadas a un funcionamiento inadecuado de los neurotransmisores.

El estatuto que adquieren, en esta visión, las especializaciones y subespecializaciones surge con claridad. El curador oficial se transforma en un experto, y generalmente muy eficiente, de fracciones del cuerpo o de la mente: progresivamente sabe más de un menor espacio que, a su vez, se desliga del conjunto.[4]

Por otro lado, el médico, en la práctica, suele ser intermediario de los laboratorios de exámenes complementarios y de productos farmacéuticos de patente, así como de los productores de aparatos de diagnóstico y tratamiento; elementos que inundan el quehacer, especialmente en la alta complejidad médica.

En el nivel local esto último está relativizado. Quizá porque la mayor parte de las prestaciones se efectúa desde el sector público y porque la estrategia de la atención primaria de la salud es la más desarrollada. En tal sentido se presenta una opción concreta para abordar este tipo de problemas desde la salud antes que desde la patología, en un intento por superar el punto de vista restrictivo en cuestión.

El ámbito médico así definido, y a partir de una visión tecnocratizada de la enfermedad, soporta una serie de embates. Una invasión de medicamentos de patente, en función de la intención de predominar en un campo muy lucrativo; muchas marcas, sin mayores diferencias de contenido.[5]

A su vez los laboratorios suelen tomar a su cargo la "actualización" en el tema, a través de la propaganda comercial en última instancia sin profundizar en las contraindicaciones y estimulando el consumo. Se comprende, entonces, la resistencia de los laboratorios a la comercialización de sus productos con el nombre de las drogas básicas (monodrogas).

El papel de los profesionales es ambiguo; si bien son parte importante de este mecanismo también, ciertamente, lo sufren. Sobre todo cuando tienen una clara noción del alejamiento progresivo de las mejores respuestas disponibles ante el sufrimiento de las personas de las cuales son, y se sienten, responsables.

La concepción restrictiva de la enfermedad también refleja en el vínculo médico/paciente la desigualdad estructural planteada. Ella alude a lo que se suele llamar "poder médico", una de las tantas versiones que asumen los modos generales de la distribución social del poder. Pero para que la desigualdad se efectivice es necesario la contraparte. El paciente no sólo acepta, sino que a veces exige dicha delegación de poder, pues no se hace cargo del cuidado de su salud. Quizá debido al temor que provoca la enfermedad o la muerte, propia o de alguien significativo.

Las instituciones suelen convalidar esta delegación.

Un ejemplo interesante lo constituye el llamado "pase de sala", en el cual un grupo de profesionales presenta los pacientes a su cargo, utilizando jerga técnica que supone no será comprendida por "el que padece" (pero ¿qué padece?).

El encerramiento del discurso y la práctica médicos se vinculan con la exclusividad del conocimiento.[6]

Aunque por razones comerciales los laboratorios de medicamentos de

[1] Cfr. N. García Canclini, *Las culturas populares en el capitalismo, op. cit.*
[2] Aunque tal enfrentamiento no sea ni masivo ni unívoco.
[3] El concepto de "ideología" connota, en este caso, construcciones diferentes de la realidad y, consecuentemente, diferentes posiciones en el mundo.
[4] Podríamos referirnos, en particular, al médico. Pero, también psicólogos, sociólogos, asistentes sociales, etc., suelen reiterar dicha perspectiva.
[5] Cfr. José Augusto Barros, "La batalla de genéricos compitiendo con los nombres de marca", *Cuadernos Médico-Sociales*, nº 45, Rosario, setiembre de 1988.
[6] Así como con la pérdida del derecho del paciente sobre su cuerpo.

Scanned with CamScanner

patente estimulan la popularización del conocimiento, ella se efectúa sólo unilateralmente; se busca una adquisición masiva de los productos por parte del público, utilizando, en especial, los medios de comunicación.

Así, aparece clara la doble exigencia a la que está sometido el profesional sanitario representada, simbólicamente, por el minúsculo tamaño de las letras que, por imposición legal, acompaña la propaganda de los productos comercializables ante la presentación de una prescripción médica: "ante cualquier duda consulte a su médico".[7]

Ya que, como dijimos, el campo de la medicina oficial está lejos de constituir una unidad, esta caracterización toma muy diversas versiones.

Uno de los polos del espectro es el conformado por los equipos de atención primaria de la salud los cuales están usualmente integrados por médicos generales y agentes sanitarios, enfermeros, etc; y su ámbito lo constituye el hospital de complejidad básica, centros periféricos, puestos sanitarios, instituciones de la comunidad y, en especial, los domicilios de los pobladores.[8]

Este enfoque tiende a profundizar una estrategia basada en la participación que pretende, justamente, ampliar la restricción que antes planteáramos, y a veces lo logra.[9]

En el campo de las prácticas populares del cuidado de la salud[10] predomina una conceptualización inclusiva de la salud y la enfermedad. Si bien no pueden hacerse equivalencias simples entre los enfoques médicos que estamos tratando, intentaremos ahora dar cuenta de los aspectos que hacen a las concepciones y prácticas de ambos.

Es nuestra intención detenernos un poco más en el campo de la medicina tradicional mapuche, la menos conocida fuera de nuestra región. La hemos elegido, entre el conjunto actual de prácticas populares, porque constituye un hito —en tanto original de la zona— y ha influido definitivamente en el perfil que fueron tomando, paulatinamente, las prácticas posteriores.[11]

Los hombres de la tierra ("mapu": tierra, "che": gente) habitan el suelo.

Los dioses están en el cielo, junto con las almas de los antiguos.

Si bien en la cosmovisión mapuche no existe el infierno, hay espíritus del mal (entidades "huekufú") que moran en un cielo intermedio ("anka wenu"). Las fuerzas del mal ("kalku") y las de los dioses y espíritus protectores se confrontan en las personas, la comunidad, la naturaleza toda. Cuerpo, alma, individuo, grupo constituyen un todo, aunque no siempre armónico.

"Allá en Huechulafquen, había una viejita que vivía en el medio del lago que decían que era bruja, tenía una posición buena la vieja y tenía un yerno que era el que manejaba todo, la viejita no hablaba una sola palabra en castellano, hablaba indio nomás. Yo le entendía y algunas cosas hablo en indio, estaba por morirse y quería ella dejarle todo lo que tenía a la hija mayor, que era la mujer de don Eleodoro Cabeza, porque ella tenía una hija menor que se había juntado hace poco con un chileno, entonces la viejita no le quería dejar nada —algo para la hija— pero no para el marido porque era chileno. Entonces cae una tarde un hombre con una carta, era de Eleodoro Cabeza que me mandaba decir que por favor viniera, que la suegra estaba muy mal, porque yo hablaba perfectamente el indio y que quería hablar las últimas palabras conmigo. Bueno, me fui con el tipo, pero le puse dos horas porque había unos piedreros tremendos. Llegué ahí, mientras llegamos donde la tenían a ella, en la cocina, acostada la viejita, y antes de entrar Eleodoro no le quiere dejar nada al chileno y queremos que haya personas de testigo, para cuando vayamos a Junín (de los Andes) digan lo que la viejita quería. Su último deseo. Yo y Fermín Antilaf éramos los testigos. Voy a hablar con la viejita, nos miró para nosotros, quiso darla vuelta, y nada, entonces Eleodoro llama a la hija: ¡María!, ¡María!, le grito; entonces, viene la señora, le arrima la cara de ella a la viejita y lo miró a Eleodoro. El viejo se da vuelta y dice: 'ha muerto la viejita'. Entonces trajeron un espejo, le pusieron así en la boca, y claro, según dicen ellos, si se empaña, tiene respiración, vio, y nada. Bueno, dice 'ha muerto la viejita. Hemos llegado tarde'. Le dieron vuelta ahí en la cama, llamó a uno de sus hijos para que viniera a Junín (de los Andes) para comprar velas y todas esas cosas. Avisaron a los vecinos y vinieron los vecinos. Y ella quedó ahí en la cama y nosotros en el fogón. Estaban preparando un asado para cocinar y de esto pasaron como unas tres horas. Nosotros convencidos todos de que ella había muerto. De repente sentimos un quejido, entonces el viejo que era más vivo se paró enseguida, y nos miró a todos y fue a la viejita y se endereza la vieja, se sienta en la cama y quería que la saquen afuera, quería ir a mear. Tenía cuatro nietas, y dispararon todas para la pieza. La cuestión es que se paró, siguió andando y siguió afuera para el baño. Nosotros no podíamos volver adentro de la cocina porque no podíamos aguantar la risa. Ella rebozada con el rebozo, salió y entró, qué me dice Ud. Cómo si los otros habían certificado que estaba muerta, y la apretaban por todos lados. Yo me vine de allá y ella pasó un año más y siguió viva. Qué caso serio. Otra gente dice que sabe por qué? Dice que esta gente vive así porque come mucha carne de puma, así dicen. Viven así, les cuesta morir. Y es porque el puma es como el gato, vio que dicen que el gato tiene siete vidas. Igual sufren para morir cualquier cantidad. Dicen que el marido de ella cazaba pumas por todos lados porque hacían daño a las ovejas, y aparte de eso se lo comían. Ud. no sabe cuándo se muere. Y cuando están verdaderamente muertos Ud. cree

Dándose por sentado que el usuario puede decidir, correctamente, su prescripción.

La estrategia de la atención primaria de la salud parece tener mayor vigencia en zonas rurales o escasamente pobladas, incluso en los barrios. Es posible establecer, en general, una mayor intensidad en los vínculos que la que se da en lugares con alta concentración demográfica, sede de la alta complejidad. Simplemente, el hecho de ser vecinos es determinante de la forma en que se concretan las relaciones en tal sentido.

"La perspectiva médica posee una visión del mundo reduccionista, enfatizando el dato fisiológico como si fuera más 'real' que los factores sociales o psicológicos. También se caracteriza por el dualismo mente-cuerpo y por una visión abstracta de la enfermedad, recurrente, que tiene siempre el mismo contenido, independientemente de las condiciones culturales locales" (Helman, 1985) (la traducción es nuestra).

Las curadoras populares, en general mujeres, son usualmente llamadas "médicas", en tanto se reserva para los agentes oficiales el término de "doctores".

Usamos el término Pueblo Mapuche en un sentido amplio, sin aludir a un complejo, pero poco conocido, panorama étnico de la zona (Casamiquela, comunicación personal). Nos apoyamos en la ola de fuerte araucanización que tuvo lugar en toda la región norpatagónica a partir del siglo XVI, y que abarcó grupos que seguramente no fueron originalmente mapuches.

Scanned with CamScanner

que van a resucitar. La gente del campo dice que estos bichos tienen algo que ver, porque al usar las rodilleras de cuero de puma, el caballo que Ud. utiliza se va muriendo de a poco. A mí me regalaron una vez una rodilleras. Me dijeron que no las use, porque si Ud. usa eso su caballo empieza a enflaquecer y se le muere. Yo no las usé nunca y las tuve arriba del techo."

Relato de Horacio Calderón (ex guardaparque de Huechulafquen) en diálogo con Flaminio y Nora, febrero de 1990.

En principio, la enfermedad es el producto del "daño". El cuerpo y el alma están estrechamente vinculados. El debilitamiento de este vínculo es la enfermedad. Y la muerte es el cese de este vínculo.

El alma va al "wenu-mapu", y pasa a formar parte de "los antiguos", quienes rigen las conductas de las personas, a la vez que las protegen.

Ante la pregunta de por qué se hace o dice algo, el "porque así lo hacían los antiguos" es más que suficiente para dar cuenta, constituyendo en sí misma una interpretación de la vida.

El "daño" es producto de la envidia que genera una persona en otra, quien recurre a los servicios de un brujo capacitado para producirlo, utilizando las fuerzas del "kalku".

Los "machis" son los encargados de resolver el problema utilizando procedimientos mágicos que incluyen la música, la danza y la oratoria. El "machi" es el intermediario entre el hombre y los dioses, con quienes se comunica a través del trance extático. El éxtasis se logra mediante cantos, bailes, gritos e inhalaciones de yerbas alucinógenas. Los instrumentos musicales más comunes son el "kultrún" y la "trutruca", de percusión y de viento respectivamente. Otro recurso al que se apela es el de las hierbas medicinales y sus derivados.

Según la concepción mapuche, la *enfermedad* se transmite directamente o a través de intermediarios: pelos, uñas, huesos, limaduras de huesos, animales como lagartijas, sapos y gusanos, etc. Estos elementos extraños se introducirían, ellos mismos, en el cuerpo de las personas o a través de comidas y bebidas.

¿Sería el "daño" una forma ritualizada de expresar relaciones sociales? Lo cierto es que está ligado a la envidia entre personas y familias, provocado por la posesión de más y mejores tierras, animales o de las mujeres más codiciadas.

La tensión y el conflicto encuentran una alternativa para la definición de las situaciones así planteadas, y un balance ante la posibilidad de curarlo, e incluso de prevenirlo.

Acá conviene aclarar que la sociedad mapuche estuvo surcada por rivalidades entre familias y agrupaciones, aunque no parece haber sido particularmente violenta.

Posteriormente, con el contacto español, se transformó en una sociedad guerrera.[12] Este pueblo mantuvo una guerra defensiva durante más de trescientos cincuenta años contra España, Chile y Argentina. Otra forma de expresión social del conflicto fue el hacer malones (maloquear). Algunos

[12] José Bengoa, *Historia del Pueblo Mapuche. Siglos XIX y XX*. Santiago de Chile, Ediciones Sur, Colección de Estudios Históricos, 1985.

autores ven en este fenómeno una estrategia de la lucha por el poder político en el marco de una sociedad que de un desarrollo recolector-cazador pasa a ser una sociedad ganadera, con excedente productivo y donde el dominio de las mejores pasturas era crucial.[13]

Una "construcción inclusiva de la salud y la enfermedad" no sólo involucra los aspectos biológicos, psicológicos y sociales, sino, y fundamentalmente, una dimensión trascendental con fuertes matices religiosos, en oposición a "la concepción restrictiva" que se centra más que nada en una relación de causa-efecto (enfoques analíticos).

La enfermedad y su proceso de recuperación se relacionan estrechamente al contexto familiar y comunitario. En el "machitún", ceremonia de expulsión del "daño", participan activamente no sólo el "machi", el enfermo, los ayudantes, el "dueño" del enfermo (quien se interesa por organizar lo atinente a la curación, incluso contratando los servicios del "machi"), sino también familiares y vecinos quienes gritan, danzan, lloran, cantan, amenazan, colaborando de esta forma en ahuyentar las fuerzas del "kalku" del interior del enfermo.

Si sobreviene la muerte, la despedida del cuerpo también congrega a la comunidad, la cual forma parte central de una ceremonia que solía durar muchas jornadas.

Acá también se dan diferencias importantes entre los enfoques expuestos. La aceptación de la muerte, el acompañamiento en el buen morir, contrasta con la dificultad en la otra concepción de aceptar este hecho, lo que se traduce en la utilización de tecnologías sofisticadas para prolongar una vida de muy baja calidad, siempre y cuando se acceda económicamente a dicho "servicio".

El *diagnóstico* del "machi" suele incluir el examen físico, en especial a través del pulso. También las "aguas" (orina del enfermo), o la ropa usada. Se solía combinar el diagnóstico y el tratamiento usando un animal que aspiraba el aliento del paciente. Luego, se sacrificaba al animal y se le practicaba una especie de autopsia, apareciendo retrospectivamente el diagnóstico.

Siguen siendo muy relevantes los sueños del curador tanto para el diagnóstico como para el tratamiento, pero fundamentalmente para conocer el origen del "daño" (la persona que lo causó).[14]

Como señalamos, el éxtasis, durante la ceremonia del "machitún" era el camino más usual para comunicarse con los dioses. Actualmente su uso no es frecuente, lo que hace decir a los pobladores de la región que, si bien hay muy buenos curadores, para encontrar un "machi" hay que cruzar la Cordillera.[15]

[13] "El maloqueo entre mapuches tenía por objeto el robo de animales, pero no de mujeres. Donde se producía este último hecho era en los malones organizados contra el extranjero invasor" (Bengoa, 1985). Aunque Coña (1973, 1ª edición 1930) señala que se hacían malones para raptar a la mujer deseada, parece que se trataba más bien de una forma ritualizada.

[14] En general, durante el procedimiento diagnóstico no se suele tocar demasiado el cuerpo del paciente.

[15] Del lado argentino, para ejemplificar alguna diferencia en virtud del espacio, diremos que en el "nguillatún" (rogativa anual) se acostumbra a realizar una danza donde los participantes imitan los movimientos del avestruz, llamada "lonkoneo" (Casamiquela, 1988).

Scanned with CamScanner

Ahora, por supuesto, se han incorporado y se usan mucho elementos diagnósticos modernos, como las fotografías.

En el sistema oficial por el contrario se ve una mayor utilización del examen físico y de los exámenes complementarios, a la vez que una menor apelación a la palabra. A expensas del avance tecnológico, se da un desplazamiento de la relación interpersonal curador/paciente. A su tiempo, esto se corresponde con la representación que tiene la población en general del acto médico; ésta atribuye más calidad a la mayor complejidad, uso más intenso de aparatos de diagnóstico y tratamiento, entendiendo que no puede haber curación sin medicación. Así la promoción del consumo de medicamentos de patente y aparatología no solamente tiene su impacto en los profesionales médicos. De ninguna manera se trata de rechazar los recursos tecnológicos, como alguna corriente "tradicionalista". Sí, por supuesto, su inadecuada implementación.

El poblador recurre al curador popular cuando necesita ser escuchado, o comprendido.

En la medicina mapuche del pasado también había *especialidades y especialistas*. Los "ampives" utilizaban sobre todo hierbas. Los "vileus" son los que se ocupaban de los males contagiosos (cuyo origen se suponía en los insectos). Los "machis", sin duda la figura más representativa de la diferencia, eran los shamanes que utilizaban el trance en su diálogo con los dioses. Había también cirujanos, quienes curaban las heridas con hierbas. Siguen existiendo hueseros, en general muy expertos clínicos. En el pasado, también era muy frecuente el recurso a la sangría.

Ya comentamos el termalismo, área vital de la medicina mapuche y que más significativamente ha sufrido una distorsión en manos de la medicina oficial. En menor grado ha sido el de la comadrona quien, sobre todo en el campo, es muy requerida para ayudar en los partos.

Doña Manse, una de las más afamadas curadoras de la región, comentaba a uno de nosotros, hace algunos años, acerca de su iniciación:

> "Tenía diecisiete años, cuando soñé que venían dos hermanas mandadas por Dios, y tenían un caballo hermoso, y me hicieron subir al caballo y me mostraron todos los remedios, 'esto es para éste, esto es para esto'... El caballo era blanco... Qué bonito que era... No pisaba la tierra. Después que me mostraron los remedios me llevaron a la salida del sol.
>
> La salida del sol había sido en una casa de puro vidrio. El sol estaba amarillísimo. Y había una tienda de puro vidrio. Me regalaron dos cortes de ropa; tenían seda muy linda, celestita y otra azul. Ni supe cómo llegamos. Yo dije: 'qué lindo que ha de ser allá' y me llevaron de vuelta".

Posteriormente, y también en sueños, pudo aprender a rogar en la "lengua" (lenguaje de los antepasados). Esto completó el recibimiento del don. Su capacitación personalizada estuvo a cargo de su abuela, renombrada "machi". Su mamá, asimismo, era "muy buena soñadora". Así, primero pudo curarse a sí misma ("primero tenía que probar conmigo"), después a sus familiares, luego a los vecinos, los que fueron promoviendo su ya dilatada actividad, en función de sus buenos resultados.

Pero valora mucho a la medicina occidental. Nos comentó que, cuando estuvo internada en el hospital para operarse, sus vecinas de sala aprovechaban la ocasión para hacerle consultas.Completando esta "interreacción" de los sistemas de salud, su hijo, luego de entrenarse, es agente sanitario del paraje, siendo parte activa del equipo oficial de salud.

Por su parte, doña Berta, otra curadora muy reconocida en la zona, relataba a Lucrecia y a uno de nosotros, su iniciación.

> "Yo tuve la revelación. Me hice de fama de más, y yo de fama no tengo nada. Yo cuando era chica me crié en el convento de Caucete, provincia de San Juan. Y yo en la escuela católica, no había fiscal, me enseñaron a rezar. Me decían: 'pedí una virtud al cielo'. Y yo lo que pedía era una monedita, por mi inocencia, que esa monedita estuviera en mi bolsillo y que yo pudiera comprar masitas y cosas ricas y que volviera a estar la monedita en mi bolsillo. Un día buscando una vaca en el lago Salado que se llama, en el pueblo de Caucete al norte, en límite como soy ahora señora del cacique. De repente viene un relámpago del cielo como cuando vienen los truenos aparece una piedra en el medio que allá no había. Una piedra que subía y bajaba y ahí aparece un hombre blanco, su mortaja blanca con un solo cordón y con una zapatillita casi atado, cruzado una chalita así de cuero nomás, que a veces la manejan para levantarse, y me dice: 'vení, hoy te entrego lo que necesitás'. Yo no sabía y probé. Tenía el bastón de la mano izquierda, y me puso la mano sobre la cabeza, y me dice: 'hoy te entrego lo que querés". Desde ese momento ya no pude hablar más. 'Cuando yo venga —me dice— dentro de cuarenta días vas a hablar'. Llegué a mi casa y no pude hablar más. Me transformé pero muy blanca. El hombre era muy blanco, ojos verdes, pelo hasta acá que lo tengo en un estatua en mi casa, de madera, que me la mandó el obispo de Mar del Plata. Y quedé muda. Mi abuela metió todos los indios presos porque decía que era un brujismo. No hay brujismo, yo no lo creo. Uno mismo se hace el brujo, por su mal pensamiento. Metió todos los indios presos, que quién era que dijera, y yo pasaba por los indios y decía que no, que no porque yo no sabía hablar. No podía hablar. Me la pasaba durmiendo. Tomaba una vez al día un poquito de té y con eso duré los cuarenta días. A los cuarenta días me cuidaba últimamente una enfermera, porque yo a los hombres les tenía miedo, cuando iban a verme doctores, quién fuera yo me tapaba la cabeza. Esto fue un año que hubo un temblor muy grande en San Juan, que ese año perdí a mi abuelita después. Para desgracia. Pero ya al tiempo Dios me dio esta luz. Y la enfermera estaba cuidándome así. Con las mujeres me daba yo. Me conversaban pero yo no podía hablar. Me pasaban un cuaderno y yo anotaba. Cuando de repente, un calor a la once y media que no se soportaba. Vino un temblor, psshhh..., San Juan se hizo pedazos. Los policías andaban, pésame Señor, pésame Señor. Y yo en mi cama no me hice nada. Ni una cosa. Yo todavía estaba durmiendo por el Espíritu Santo, seguro, calculo yo.
>
> Y una chica decía 'pésame Señor', pésame a mí, 'está ésta loca' decía yo, 'qué le pasa que se golpea', 'para qué'.
>
> Y me senté. Cuando de repente aparece el mismo señor, de pelo largo otra vez, que bajaba la sombra, la misma estatua que vi pero, de la cintura para arriba, y para abajo era una bola de fuego, y me dijo: 'hoy te entrego lo que querés'. Me puso nuevamente la mano sobre la

Scanned with CamScanner

cabeza, sentí un calor hasta los pies que entró en mi cuerpo. Esa es la monedita que tengo ahora. Que por ahí son turistas y yo sé quién son, qué puesto tienen, dónde trabajan. Entonces, quedan asombrados. Pero mi título es ser machi.

La biblia me da aclaraciones del cielo. Yo leo qué pasaje de la biblia y sé cómo están las cosas. ¿Se da cuenta Ud.? Ya nace uno con su don. Yo soy nacida el 24 de junio, a las ocho de la mañana, de 1930. Ya voy a tener sesenta años. Espero que Dios me lleve. Me dijo que hasta los cincuenta años me daba todo lo que tenía. Yo lo más que sé es cómo viene el tiempo, cómo lo está pasando. O si viene una persona a mi casa y está mal con su esposo, o su esposo con su señora. De entrada, en la puerta yo ya sé. Es como un adivinamiento nomás.

Viene el espíritu y me lo manda. Si hay alguna reunión aquí en el hospital y hay alguno que tiene mal pensamiento conmigo yo lo sé. No me ofendo. ¿Sabe qué digo? 'Señor, perdónales porque ellos no saben lo que hablan, lo que piensan'. Ese es el mal pensamiento. Y Dios fue tan humilde. Yo pienso, yo no llevo nada. Solamente el espíritu y nada más. Mis bienes son de mis hijos. De mi esposo. No lo sé. Ya me dijo que hasta cincuenta años tenía ese don, pero a mí no se me va. No se me sale. Yo no quiero trabajar y la gente me obliga. 'Doña Juana, yo le pago lo que me cobre, en dólares, lo que quiera, dígame. Por favor'.

Tengo cinco biblias. Ilustradas como la que usan los curas. Muy hermosa biblia... Muchos desean conocerme. Martes o viernes ya no puedo ir a mi casa. Eso es un velorio. A conocerme, quién es Berta. Unos me traen azúcar, otros yerba, ayer, hasta una bolsa de harina llega de Junín de los Andes. Bendito es Dios que plata no tengo pero tengo para vivir. El me dio esta riqueza. Ahora, yo ya estoy por irme no sé cuándo. Pero a lo mejor mi esposo todavía me necesita. Mis hijos me necesitan, mis nietitos".

Por su lado, Flaminio Muñoz, agente sanitario, nos contó así la curación de una hermana en la ceremonia de "machitún":

"Mi hermana, la que ahora está en Misiones y tiene nueve hijos, acá le hicieron un 'daño' en una foto. La pincharon toda y después la rompieron. Nos dijo: 'me voy a acostar', y luego estaba mal, que se iba a morir.

Yo me asusté. Ella pegaba saltos en la cama. Estaba dura y saltaba. Vino gente. Entre todos la apretábamos para abajo y ella saltaba igual.

Un viejo del aserradero aconsejó traer a la curandera.

Esta vino, estaba embarazada, y dijo: 'esta chica está mal; si no nos apuramos se va a morir. Tiene un 'daño' bastante feo. Yo lo único que puedo hacer es que diga quién le hizo el 'daño' y que descanse. No puedo hacer más porque si no voy a perder a mi criatura'.

Estaba como en trance, orando, pidiendo a Dios la fuerza necesaria para hacer el trabajo bien hecho.

Estuvo como media hora rezando, y hablaba. Por ahí entendía, por ahí no. Y, de repente pegó un salto la señora y transpiraba.

Me pidió un plato con sal, ají, ajo y no sé qué otra cosa...ceniza caliente. Me dijo: 'ponémelo allí'.

Yo no me animaba, y mi hermana empezó a saltar de vuelta, y la

ataron con soga a la cama, pero con cama y todo se movía. Fue terrible. Cuando me animé, le puse el plato y se tranquilizó.

La curandera dijo: 'desántela, ya no pasa nada... Yo me voy a ir enseguida; ahora va a hablar la chica. En un ratito va a ir de cuerpo... y va a salir un pelo largo del que van a tener cuidado porque está vivo'.

Yo quedé encomendado, porque se ve que la relación que había con mi hermana, porque hay hermanos que andan peleando todo el día, no se quieren para nada, se odian a muerte, si se pueden matar se matan; pero ella buscaba la relación de cariño con mi hermana.

Y me dice que yo tenía que buscar la pelela , porque le pusieron una pelela y ella empezó a hacer fuerza, y fue de cuerpo. Y yo lo agarré con un palito quemado, lo agarré y empecé a envolverlo como un tallarín, e hicieron fuego en la cocina, y ahí lo planté, y un humo, como si hubiera echado kerosene o nafta. Y ahí mi hermana empezó a hablar y me llamó, pero clarito, ¿no?..."

Respecto de la *prevención* cobran relevancia los elementos llamados "contra", que tienen la cualidad de espantar al "huekufú": amuleto, el cráneo de equino en el techo de la casa, la sal en el fuego, etc. No obstante, desde el punto de vista comunitario es, sin duda, la rogativa, o "nguillatún", la ceremonia que tiene una connotación de prevención global (es decir, no sólo sanitaria) más crucial. En ella se concentran los pobladores de un paraje, que componen la Agrupación.[16] A veces se invita, y participan, agrupaciones vecinas. Todos juntos, durante varios días, una vez al año, piden a "Nguenechén" (dios supremo) prosperidad, buenos pastos, buena salud y suerte para las personas y animales.[17] Actualmente no todos los componentes de la Agrupación toman parte en el ceremonial pues algunas corrientes cristianas desalientan, enérgicamente, su realización.

Existe un alto grado de tolerancia para con las personas con dificultades de distinta índole: se aceptan las discapacidades y se venera a los ancianos, sobre todo por su experiencia. También se considera propiciatorio, para ser candidato a "machi", el hecho de distinguirse por conductas poco comunes: por ejemplo, el epiléptico. Por su parte, la homosexualidad masculina fue siempre respetada y fue otro de los rasgos del curador tradicional.

Con referencia a los honorarios, en la medicina oficial de nuestra zona tiene alta preponderancia el subsistema público, con contratación de personal de dedicación exclusiva. Así, son minoritarios los servicios que brindan el sector privado y de obras sociales.

Por su lado, los curadores populares suelen dejar a juicio del paciente, sobre todo en el área rural, el pago. Algunos, incluso, cobran solamente si tienen éxito en la curación. Muchas veces, este pago se realiza en especies. En el área urbana suele cobrarse un arancel, que varía de acuerdo con las posibilidades económicas del consultante.

[16] Se llama "Agrupación" al conjunto de familias, generalmente con el mismo apellido, que habitan en una reserva indígena. Las reservas son, en su gran mayoría, tierras fiscales concedidas para uso comunitario. Aunque también hay Agrupaciones con adjudicación provisoria de lotes individuales por familia, en tierras fiscales. Es muy infrecuente la Agrupación con tierras privadas, con propiedad de lotes individuales (Dirección de Desarrollo de Comunidades, ms.).

[17] Rodolfo Casamiquela, *Estudios del Ngillatún y la religión araucana*, Bahía Blanca, Cuadernos del Sur, 1969.

Scanned with CamScanner

El *autocuidado* está más desarrollado, según nuestra experiencia, en el campo de la medicina popular, tanto en los aspectos diagnósticos como terapéuticos. Es común, así, el cultivo de hierbas medicinales en las huertas familiares rurales o su recolección en el campo.

Si bien hay curadores populares que entregan a sus pacientes las preparaciones para que sean directamente consumidas, muchos prefieren indicar a los pobladores qué usar y cómo hacer la preparación.

Tratamiento Popular

Si una persona llora mucho
y tiene ataque al corazón
déle un té de toronjil
y verás que tengo razón.

Si usted sufre de úlcera
tómese té de pañil
que cicatriza la herida
aunque ello tarde un tiempo.

Si Ud. tiene una herida
la que no puede sanar
búsquese hojas de pañil
con ello se va a curar.

Las hojas van en la herida
la cubre con un vendaje
ya con unas curaciones
la infección le va a sacar.
Ud. se pondrá contento
y la herida secará.

Y si anda mal del hígado
tómese un té de carqueja;
puede en el mate también
tomando todos los días
al tiempo andará bien.

También está el quinchamalí
se hace el mismo tratamiento
pero hierva sólo la raíz.

Si sufre de los riñones
tómese té de ñancolahuén
que al poco tiempo después
se sentirá Ud. muy bien.

También sirve el chacay
para esta misma enfermedad.
La raíz póngala a hervir
y al tiempo de tratamiento
Ud. bien se va a sentir.

Y si tiene mucha tos
hierva hojas de radal,
y lo toma medio tibio
o cada vez que desea.

Si le duele la cabeza
y tiene Ud. mucha fiebre
busque bastante quilloy
lo muele por un tiempito,
un jugo le va a sacar,
póngalo en la cabeza
sino déle de tomar
rápido se irá el dolor
la fiebre le va pasar.
La fe en remedios caseros
a Ud. le permitirá sanar.

Félix Sayhueque, agente sanitario,
Hospital de San Martín de los Andes

Las dos concepciones aquí esquemáticamente presentadas no son, en absoluto, homogéneas.

Por ejemplo, en la medicina tradicional hay algunos curadores muy medicalizados que utilizan una gran cantidad de medicamentos de patente, y

con enfoques mecanicistas y mercantilistas.

En el otro extremo, también hay médicos oficiales que trabajan con puntos de vista inclusivos. Aunque en la región se responde, en general, a la caracterización presentada. Así, hay una mayor personalización del curador popular: "voy a lo de don... ó doña...", en lugar del clásico: "voy al doctor", o aun más genérico "voy al hospital". Incluso en lugares de poca población, muchos pacientes no conocen el nombre ni el apellido del médico oficial que los atiende.

En este contexto, el equipo de atención primaria de salud articula en forma activa, aunque con conflictos, a ambas prácticas de salud.

No obstante, es la población en general la que, de una u otra forma, da respuesta a sus necesidades de salud apelando de diferentes maneras a sistemas aparentemente tan disímiles.

Scanned with CamScanner

IV. Algunas notas de convergencia entre las prácticas oficial y popular de salud

Muchas modalidades de la medicina oficial pertenecen ahora al campo popular, especialmente algunos aspectos de la Atención Primaria de la Salud (control del niño sano y la embarazada, vacunación, desarrollo de huertas y granjas, mejoramiento de viviendas, etc.).

Tampoco podemos olvidar —algo ya mencionado— que la medicina oficial, en el ámbito regional, se asienta históricamente sobre un conjunto de prácticas populares de la salud.

El sistema oficial de salud, a través de su trama institucional, sus operadores, sus contenidos, va ganando en significación y amplitud durante un proceso lento y prolongado. Esto significa que no sólo se trata de lugares materiales (puestos de salud, hospitales) sino que también se ve involucrada lo que es su representación colectiva en las comunidades. Si ella no es clara, si carece de sentido cultural, la actividad del sistema oficial de salud tiene escasa relevancia. Por eso, es importante conocer cómo ha sido su ingreso en la cosmovisión local.

Lo rural de la zona selló, ciertamente, el perfil que ha ido tomando. Todavía no contamos con un cuadro suficientemente claro y concreto.[1]

El testimonio de viejos pobladores nos devuelve una imagen de un médico rural solitario, sin el apoyo de una red institucional, viajero, muchas veces a caballo, y muy conocedor de las formas curativas populares. También debemos señalar la presencia de quienes conforman los grupos sanitarios del ejército (y, bastante posteriormente, de gendarmería) quienes fueron los primeros que contaron con una cobertura institucional. Cobran, asimismo, relevancia los enfermeros en tareas que, muchas veces, excedían su función original.

Al amparo de reglamentaciones que tendían a dar respuestas oficiales de salud, ingresaron en ciertos lugares (apartados) de la región médicos europeos que, aún sin revalidar sus títulos, ejercieron su actividad donde no había médico.[2]

[1] Desde hace un par de años estamos intentando poner en marcha un proyecto de investigación que se concentre explícitamente en estas cuestiones. W. Arrúe y B. Kalinsky, "Una recuperación crítica de la historia sociosanitaria del Neuquén", San Martín de los Andes, febrero de 1988, ms.

[2] "Pocos, muy pocos son los médicos recibidos en el país que forman las filas del ejército. El mayor núcleo ha sido tomado y elegido del elemento extranjero, que no teniendo colocación ni los medios de revalidar su título, busca medios de vivir en el país. Gran parte han sido ascendidos y de simples flebótomos de la Facultad de Ciencias Médicas, han pasado a cirujanos (...)" (*Revista Médico Quirúrgica*, vol. XIII, 1880. Citado por Guernino, 1984).

Quizá pudiera hablarse de una *forma de transición* desde lo popular hacia la instalación definitiva de las prácticas oficiales de salud, en la que el médico viajero rural no se diferenciaría mucho del curandero de gran prestigio, figura fuerte y dotada de poder y capacidad de acción.

Pensamos que en ese momento hubo una especie de adecuación de los estilos profesionales adquiridos en los centros académicos a las exigencias concretas de una práctica ejercida en ámbitos muy disímiles.

Esta adecuación podrá haber sido ejercida con una real convicción de su validez, o haber sido sólo una estrategia para abrir el camino a las prácticas oficiales.

En el primero de los casos, el presupuesto habría sido el de una igualdad (más o menos fundada, esto constituye otro tema), y, por lo tanto, un reconocimiento y aceptación del otro sistema. En el segundo caso se habría pretendido la superioridad de los estilos oficiales.

Cabría, sin embargo, una tercera alternativa, que no sería más que el extremo de la segunda: la de la coerción. El sistema oficial, amparado en su legalidad, intenta desplazar a los efectores de la medicina popular a través de las instituciones que la sociedad blanca va implantando progresivamente en la zona. Esta acción no siempre es inducida por los miembros del equipo oficial de salud. Muchas veces, respondió a la intención política de desarticular las instituciones indígenas.

Recordemos que el curador mapuche en particular, y el indígena en general, asentaba sus prácticas en la fe que se tenía a sí mismo, la que le tenía el paciente y, por sobre todo, la que recibía de parte de la comunidad. Como sus ámbitos excedían en mucho los conceptos actuales de salud y enfermedad, se comprende el papel social que ejercía esta figura. Y, por ende, las motivadas razones por las cuales el blanco ha sistematizado la persecución.[3]

En el momento actual, la dirección de la adecuación antes mencionada de las prácticas de salud parece haberse invertido. La medicina popular es quien realiza esta transacción.[4]

Basándonos, por ahora, en nuestra experiencia, vemos que hay prestadores de ambos sistemas de salud que flexibilizan sus concepciones y sus prácticas, actuando así como *articuladores sociales*.

En el ámbito oficial, este fenómeno se da, sobre todo, en los equipos de Atención Primaria de la Salud: agentes sanitarios, algunos médicos generales, pediatras, enfermeros y personal de servicio de los hospitales.[5]

[3] El proceso de implantación del sistema sanitario oficial es parte de otro global: el de la imposición social de la cultura hoy dominante. Este cobra una dimensión particular en nuestra región ya que, históricamente, es de las últimas en ser sometidas al blanco. Es en la región mapuche donde el español encontró la resistencia mejor organizada, la más ingeniosa y eficaz del continente (Séjourne, 1972). Y, luego de la independencia americana (¿americana?), la Conquista del Desierto y la Pacificación de la Araucanía fueron los medios por los cuales, ya en este siglo, el invasor, no sin alto costo, pudo instalarse.

[4] Cfr. E. Menéndez, *op. cit.*

[5] El sistema oficial de Atención Primaria de la Salud se aleja bastante, en algunas de

Scanned with CamScanner

Entendemos que esta flexibilidad depende, más que nada, de las personas y de los vínculos que ellas establecen, así como del conocimiento de los distintos modos de entender la salud y la enfermedad.

Inversamente, pensamos que existen zonas de fuerte rigidez, que constituyen aquellos extremos en donde predominan divergencias y enfrentamientos, por ejemplo, la medicina oficial de alta complejidad, por un lado, y la medicina religiosa, por el otro.

El panorama religioso de la zona es complejo. Originalmente, la religión existente era la mapuche. Después, y a raíz de la llegada del blanco, comienza a darse un doble proceso: por una parte, una imposición de la religión católica a partir del mandato evangelizador; por la otra, comienza a haber una interpretación indígena de ciertos elementos religiosos católicos —algo así como una forma de apropiación de aspectos de la religión católica—, dándose, entonces, de hecho, una transformación concreta del sustrato religioso mapuche.

En la década de los sesenta se incorpora al mosaico religioso de la zona la así llamada "medicina espiritual", representada casi exclusivamente, al menos por ahora, por los movimientos pentecostales.[6] Componen 90% de los grupos protestantes de la Patagonia. Estos grupos religiosos generan un intensa adhesión en la zona que abarca nuestro trabajo, en especial en las Agrupaciones y el suburbano. Generalmente, tienen apoyos transnacionales y, previamente a su inserción, realizan un detallado estudio de la población, y del lugar, en donde intentarán su actividad.

Pensamos que la diferencia fundamental entre ambos enfoques religiosos (mapuche y pentecostal) es ideológica. En tanto que en la concepción de la medicina espiritual la enfermedad está directamente vinculada con el pecado, en la cosmovisión mapuche no aparece, al menos originariamente, la idea de pecado, ni por lo tanto de infierno. Sí, la del castigo, a través de elementos naturales (sequías, malas pariciones, etc).

Por otro lado, el pentecostalismo basa su accionar en el llamado "don de lenguas" y en la curación de las enfermedades ("don de sanidad"), impregnados por una visión apocalíptica, la cual no aparece ciertamente en la religión mapuche. En esta última hay signos de buena o mala suerte (en cuanto a cosechas, destino personal, etc.), pero que no parecen comparables, en tanto que la religión pentecostal tiene un mensaje de salvación individual ausente en la mapuche (en la cual no se postula el 'infierno').

No obstante aparecen también semejanzas, aunque creemos sólo en un plano formal, meramente fenoménico. Por ejemplo, Radovich[7] señala la celebración de sesiones colectivas, que compartirían tanto la ceremonia del "machitún" como las curas espirituales, y que tienen al canto, la danza y la música como componentes primordiales.

---

sus versiones, de lo que son las formas más puramente medicalizantes que se ven en los centros de alta complejidad de las grandes ciudades.

[6] Los grupos pentecostales que se asentaron en las comunidades mapuches argentinas tienen su origen en Chile. En este último país se crea en 1929 la Iglesia Pentecostal Chilena como desprendimiento de la Iglesia Metodista. Por su parte, el origen del pentecostalismo se ubica en Estados Unidos y Canadá como resultado, a fines del siglo XIX, de divergencias ente los protestantes fundamentalistas (Radovich, 1983).

[7] Juan Carlos Radovich, "El pentecostalismo entre los mapuches del Neuquén", *Relaciones de la Sociedad Argentina de Antropología*, t. XV, Nueva Serie, Buenos Aires, 1983.

Asimismo los actos de exorcismo practicados por el pentecostalismo tendrían su análogo en la expulsión de las fuerzas del "kalku" (espíritus malignos), durante la ceremonia del "machitún".

Un intento por lograr una mayor adaptación de la forma religiosa pentecostal a los patrones locales lo constituye la delegación en una persona de la comunidad de las funciones de pastor. Aunque tal delegación puede ser, también, meramente formal. Las funciones reales, en última instancia, siguen estando en manos de un pastor que viene de afuera.

Esto vuelve a analogarse con la modalidad religiosa mapuche, en relación con la figura del "machi"; pero, al mismo tiempo, es también cierto que se aleja de ella ya que, justamente, el "machi" es un personaje nuclear de las formas de organización de la sociedad mapuche, así como de sus esquemas interpretativos.

En general, los estudios que se han hecho[8] y las opiniones que se han vertido sobre los movimientos pentecostales (CELAM, por ejemplo) tienen un tono de decidida denuncia. Las razones son múltiples: ignorar las condiciones históricas de la región, su accionar asimilacionista, el mantenimiento del *statu quo*, hasta ser polos de irradiación de la estrategia política de los Estados Unidos, estar patrocinados sin referencia a las iglesias tradicionales, etcétera.

No obstante, podría hacerse una interpretación diferente que se guíe por la hipótesis de que tan sólo algunos elementos formales son tomados en el ritual del culto (ya sea provenientes del catolicismo con mayor arraigo o del pentecostalismo) pero que, en realidad, la religiosidad popular aún tiene su máxima expresión, y sentido, en relación con contenidos típicamente aborígenes.

Pensamos que para tener una estimación apropiada de la influencia regional de estos grupos fundamentalistas en particular, y de la significación del fenómeno religioso, en general, deberíamos contar con un relevamiento empírico cuidadoso y, además, con una teoría conveniente del cambio sociocultural. El primero, para evitar generalizaciones cuyas conclusiones, aunque muchas veces ciertas, difícilmente pueden servir de orientación concreta en situaciones particulares. La segunda debido a que, en el campo religioso, suele hacerse una rápida, e infundada , equivalencia entre transformación religiosa y desarticulación (o desintegración de lo preexistente).

Pensamos que una teoría que posea un mayor refinamiento conceptual permitiría una composición más global, facilitando un análisis e interpretación desde diferentes puntos de vista: psicológico, comunitario, social, institucional. Cada uno de éstos podría plantearse la cuestión en sus propios términos.

Esto conduciría, a su tiempo, tanto a mayores posibilidades comparativas como a congregar perspectivas más integrativas. Ello es particularmente pertinente, pues se trata de un caso en el que una visión religiosa tiene su anclaje en concepciones de salud, ¿o una concepción sanitaria que se funda en una perspectiva religiosa?

Así, podría pensarse que cada instancia social y cultural formula, *a su modo*, las fuerzas del conflicto global que atraviesa a todas: salud, educación, modos productivos, fundamentos filosófico-sociales. Por lo tanto, si se acepta

[8] J. C. Radovich, *op. cit.*

Scanned with CamScanner

esto último, aquí estaríamos en presencia de un entrecruzamiento (¿convergencia o interferencia?)[9] de las formas de dos instancias, al menos, en cuanto a la formulación de los conflictos sociales.

Esta situación plantea, según pensamos, problemas específicos. En principio, sería conducente indagar sobre la cualidad del grado y arraigo de las transformaciones, desde ambos lados, y su impacto sobre las prácticas regionales.

Una teoría que enfoque la articulación entre cambio socioinstitucional con las formas de aprobación y reformulación de factores culturales como un modo de darles continuidad (adecuación activa) ayudaría a comprender el significado de las articulaciones, tanto en relación con sus efectos sobre lo ya existente, como en cuanto a las proyecciones que, de ahí en más, se vayan gestando.

Tanto la medicina oficial, en especial de Atención Primaria de la Salud, como la popular han venido sufriendo procesos de cambio paralelos y creemos que, en cierta medida, convergentes.

Para el caso de la medicina popular, la incorporación de elementos de otras fuentes se lleva a cabo mediante un proceso de redefinición y refuncionalización, dentro de los límites sociales y simbólicos que le son propios (límites que pueden ser entendidos como puentes y otras veces como barreras). Sería una de las modalidades que asume la reestructuración de la identidad cultural planteada en una situación política de subordinación.

No obstante, y aun considerando las implicaciones que históricamente ha tenido esta relación y las que actualmente siguen manteniéndose (despojo de tierras, pérdida de la lengua original, destrucción de organizaciones sociales, marginalidad, campesinización), creemos que es una forma de superviviencia dada por la capacidad de transformación, de actualización, de apertura ideológica y simbólica de una sociedad, aun cuando esta apertura se oriente justamente hacia la sociedad.

¿Constituye lo dicho una paradoja? ¿Cómo entender, si no, que una cultura dependiente se enriquezca orientada hacia quienes ejercen la dominación? Por lo pronto, un cierre sobre sí misma la condenaría a un inmovilismo quizá definitivo.[10] Esto nos estaría hablando de una suerte de

[9] Esto es una cuestión de investigación empírica.

[10] La relación entre el sistema sociocultural subordinado y la sociedad mayor tiene matices, pudiendo, incluso, en un micronivel, cambiar en la intensidad de la asimetría aunque, por supuesto, ésta no pueda eludirse. Asimismo, y ya en las relaciones interpersonales e incluso interinstitucionales, se pueden establecer entre ambas partes vínculos enriquecedores.
Una cuestión semejante, en su propio contexto, es la que plantea Trinchero (1988): "Para los Wichí, este proceso [se refiere a proyectos evangelizadores y de 'desarrollo comunitario' impulsados por los anglicanos] significó el reemplazo de un tipo de liderazgo y organización relativamente fragmentados e inestables que requerían de una gran plasticidad en la producción simbólica, es decir, un repensar permanente del nosotros, por una organización relativamente jerarquizada y monolítica representada por el liderazgo 'fuerte' del misionero, que generaron también nuevas instancias de socialización más rígidas y un sistema de códigos y mensajes estructurados en forma de 'dogma' religioso (...) Dicho proceso no ha sido lineal. Así, la rigidez del sistema misional era relativamente 'compensado' por las formas de asentamiento en los ingenios, en los cuales se restablecieron determinadas relaciones interétnicas que la organización misionera 'cerraba'. En este sentido, el carácter negativo de la explotación intensiva de la mano de obra que tenía el ingenio, adquiría en otro nivel una relativa 'positividad' para los Wichí (...)."

"reversibilidad restringida" de los procesos de dominación/subalternidad: estrategias de negociación en las que el sistema sociocultural dominado gana sobrevivencia, flexibilidad, formas de resistencia frente al opresor y dinamismo histórico.[11] Así, pensamos que ni los sistemas socioculturales ni su cambio constituyen un todo homogéneo. Y, esta vez, no sólo localmente.

De acuerdo con lo que veníamos diciendo, pensamos que la posibilidad del cambio radica en una suerte de tensión o conflicto entre ámbitos socioculturales. Unos más apegados a los contenidos materiales y simbólicos autóctonos; es decir, aspectos que, por arraigarse en lo más propiamente tradicional, otorgan al conjunto una identidad madura.

Por supuesto, esto no significa que hayan permanecido estáticos. Por el contrario, pueden señalarse muchas apropiaciones:[12] vacunas, diversos medicamentos de patente, sistema de derivaciones e interconsultas, etcétera. Pero, sin embargo, el planteo de las cuestiones referidas al concepto de salud se da, mayormente, en los términos originales.

Otros ámbitos, por el contrario, son los protagonistas del otro polo del conflicto. Ámbitos que se orientan hacia una mayor, o más frecuente, actualización en cuanto a los términos en que se plantean los problemas cotidianos y existenciales.

Por ejemplo, el punto referido a la reivindicación de las tierras no podría formularse, en la actualidad, del modo como se hizo después de la Conquista del Desierto. En aquel momento, el discurso político se enunciaba en virtud del "arrebato al infiel". Actualmente, la explicitación del discurso político no cuestiona el derecho del indio a la tierra, sino que lo hace en relación con la componenda de intereses y los mecanismos de la posible restitución.

Estos últimos se relacionan con cambios importantes en el orden internacional, en los conceptos de los derechos humanos y de las minorías étnicas, en la doctrina social de la Iglesia e incluso en las propias formas productivas (de "granero del mundo" pasamos a no poder producir nuestra propia energía de mantenimiento, por ejemplo).

Una situación como la descrita muestra desajustes; pero ¿cómo se manifiesta la tensión que implica? Por diferentes estilos y realizaciones en las diversas facetas que la conforman. Habría, pues, aspectos más "fuertes" que otros. Por ejemplo, tomemos, y no al azar, dos: el de la medicina y el de las estructuras socioinstitucionales.

En el orden local, la primera es una instancia "fuerte": por su vigencia, por la permanencia de sus contenidos, como también, por un contenido de prejuicio respecto de la medicina occidental, esto es, por lo que no le es propio.[13] Pero que, al mismo tiempo, coexiste con el deterioro que han sufrido algunas de las instalaciones autóctonas: el cacicazgo, los consejos de ancianos, etcétera.

¿Cómo es viable este contexto de oposiciones? ¿Y, aun más, el que planteemos un enriquecimiento en sentido amplio?

[11] J. Bengoa, *op. cit.*

[12] Guillermo Bonfil, "Del indigenismo de la revolución a la antropología crítica", en C. Junqueira y E. de A. Carvalho (coord.), *Los indios y la antropología en América Latina*, Buenos Aires, Ediciones Búsqueda, Yuchán, 1984.

[13] El prejuicio humano parece tener una única raíz. En este caso, ella se muestra en tanto los curadores de ambos sistemas, más allá del fundamento sociocultural que los inspire, recurren al mismo argumento: "que cure de palabra, pero que no medique".

Scanned with CamScanner

Entendemos que las prácticas de salud constituyen un factor "con raíces", vigoroso y que tiene que ver con sentimientos muy primordiales, tanto en el orden local, en particular, como en el americano, en general.

Así, el aspecto médico local estaría en consonancia con una realidad indoamericana reformulada. Reformulada, también, en lo que son sus estructuras socioinstitucionales. Un ejemplo de esto último lo constituye la permanencia de las tribus, e incluso su fortalecimiento, mediante la existencia de parlamentos indígenas, de partidos que reivindican ampliamente los derechos del indio, etc., en el conjunto del continente americano; con excepción de algunos países del Cono Sur, entre los cuales nos contamos.[14] [15]

En tal sentido, en el medio local el factor "débil" del complejo sería el socioinstitucional, siendo esta misma propiedad, pensamos, la que le confiere su orientación peculiar hacia objetivos de modernización.

Recalcamos que este panorama no parece mostrar un sistema sociocultural desmembrado. Por eso, el uso de los calificativos "fuerte" y "débil" es, en realidad, referencial.

La configuración actual del sistema subordinado, antes bien, es una *alternativa*, dolorosa y por cierto de alto costo, pero sin duda de enorme fuerza creativa, gestada a la luz de la intolerancia endémica, siempre dispuesta a desafiar las respuestas, "las exigencias de existir" que la enfrentan.

Ahora nos situaremos para ver qué ocurre en el polo dominador. Desde la medicina oficial creemos que se presentan situaciones diferentes, tanto en relación con el sistema popular como dentro del propio. Podríamos hablar tanto de un proceso de despojo como de endoculturación.

Respecto de lo primero, la medicina occidental históricamente se ha ido apoderando, en forma progresiva, de las llamadas "medicinas marginales":[16] acupuntura, quiropraxia, hipnosis, homeopatía, herboristería son algunos casos.

En nuestra zona, el termalismo es especialmente relevante; fue usado por el indígena desde tiempos remotos. Actualmente, estos centros (Copahue-Caviahue, en especial) son importantes núcleos de la medicina oficial; a su vez, han quedado incorporados a los circuitos turísticos de la región como ya lo vimos. Podemos indicar que en estos casos se produce una suerte de fragmentación de los significados culturales que tradicionalmente los han sustentado, incorporándolos a una visión *exclusivamente* técnico-instrumental. Esta visión, sin duda, involucra un nuevo significado en un también nuevo universo simbólico.

El problema que pretendemos plantear residiría en una virtual universalización de tales prácticas, que trae como consecuencia su descontextualización: una herramienta técnica, y por cierto eficaz, pero aplicable en todo tiempo, lugar y circunstancia.[17]

[14] La mayor vigencia de la identidad indígena en otros países del continente no implica que ella no se encuentren en una situación de subalternidad, aunque en otro estado del que se da, por ejemplo, en nuestro país.

[15] Por lo dicho es que decimos que existe una identidad indoamericana que tiene diversas manifestaciones con diferentes grados de profundidad en el espacio del continente, así como a través del tiempo. Esta disimilitud no implica valoraciones, pero no podemos dejar de reconocer que tiene espacios más limitados en nuestro país.

[16] E. Menéndez, *op. cit.*

[17] Un ejemplo burdo (e inexistente) en el sentido contrario sería el dotar *exclusivamente* de podemos mágicos a la tecnología médica computada, despojándola de cualquier tipo de capacidad técnica.

Respecto del proceso de endoculturación, se da una perspectiva diferente. Las prácticas oficiales, en tal sentido, suelen redefinirse *localmente*, manteniéndose así una proximidad representacional de los factores en juego. Creemos que allí tiene un papel clave el estilo en que se presenta la relación "miembro del equipo oficial de salud/paciente", en la que ocurre, en algunos casos, un re-conocimiento de la capacidad cognoscitiva del paciente, tanto como de su activa participación en el proceso de la cura.

Otra relación central es la que articula a los miembros del equipo oficial de salud con los agentes del sistema popular (las "médicas", en su denominación regional), las comadronas, arreglahuesos, yuyeros, etcétera. De estas articulaciones surgen formas de transferencia tecnológica. Curadores populares que hacen diagnósticos oficiales o recetan medicamentos de patente. Médicos oficiales que realizan diagnósticos propios de la medicina popular o recetan yuyos.[18]

"Estuve a visitar a la familia de Felisa Ramírez.

Me dijo ella que antes no creía en la ojeadura de los chicos, hasta que un día su hijo, que actualmente tiene quince años (en ese tiempo tenía tres), comenzó a llorar y tenía mucha fiebre. Lo llevó al hospital. Estuvo llevándolo tres días seguidos. Los médicos que lo atendieron lo único que le decían es que la hiciera baños y le diera aspirinetas.

Al cuarto día que ella iba al hospital, pasó por la casa de su cuñada, que le dijo: 'tu hijo está ojeado y el médico no lo va a curar. Llevalo a don Fermín Hernández, que él cura estas enfermedades, la ojeadura y los empachos'.

Ella le dijo que no creía en esto.

Bueno, hasta que su cuñada la convenció y lo llevaron al curandero.

El las salió a encontrar en el portón de su terreno y dijo: 'señora, su hijo está con el ojo pasado'.

Doña Felisa contestó: '¡qué va a estar ojeado este indio!'

'Señora —dijo el yuyero— yo le voy a curar al nene pero no del todo, porque si lo curo del todo con una sola curación su hijo corre el riesgo que se puede morir. Lo curaré con nueve curaciones. Pero le hago esta primera curación y lo va a tener que llevar al hospital. Seguro que a su hijo, ahora, lo van a internar porque se le va a producir una enfermedad que se llama, creo, que es neumonía, como la llaman los médicos del hospital'.

[18] Históricamente, las articulaciones entre ambos sistemas de salud fueron registradas así:
"De mamá Culepina expresa el Coronel Daza que 'era hábil enfermera y caritativa, manejando métodos curativos homeopáticos, sustentados en el uso de yerbas medicinales'. Cuando los soldados cobraban sus sueldos, buscaban a Culepina colmándola de obsequios, retribuyendo así las atenciones que le prodigaba la extraordinaria taumaturga" (J. Daza, *Episodios Militares*, citado por Guerrino, 1984).
"Las brujas eran las encargadas de curar las fiebres y demás enfermedades, de sanar heridas y de colocar los huesos en su lugar. Esas curanderas se valían de hierbas, grasas de animales como el leopardo, el jaguar, el zorro, el caballo, el tatú y el avestruz" (Horacio Armaignac, *Viajes por las pampas argentinas*, citado por Guerrino, 1984).
"No estamos para que se favorezca y difunda el curanderismo en competencia con la ciencia médica, pero si tenemos el derecho de preferir a uno u otro, cuando se trata de curanderos igualmente faltos de diploma (...) máxime cuando los abona una larguísima y constantemente acertada práctica" (*La Prensa*, 10 de mayo de 1898, citado por Guerrino, 1984).

Scanned with CamScanner

El le hizo tocar la frente al nene.

Hizo lo que le dijo el curandero, luego lo llevó al hospital. Lo dejaron internado y don Fermín iba a curarlo de visita y el chico se mejoró.

Dice doña Felisa que desde entonces cree en los empachos y las ojeaduras.

También me comentó de su hermana, que vive en el paraje Quila-Quina pero no creyó lo que le había dicho el curador popular, que su hijo estaba muy pasado del ojo y que él lo podía salvar. Pero la señora no quiso que se le cure porque no creía en eso. El curador le dijo: 'Por favor, señora, todavía está a tiempo. Yo se lo puedo salvar'.

Ella no quiso.

Entonces, le dijo: 'Ud. no quiso. Pero mañana usted seguro que su hijo lo va a traer muerto y lo va a llorar, pero va ser tarde'.

Y fue exactamente como dijo el curador. Al otro día, a las seis de la mañana se murió el nene de cuatro años de edad."

Félix Sayhueque, agente sanitario.
Hospital de San Martín de los Andes

Así, otra posibilidad de articulación lo constituye la derivación de pacientes en uno u otro sentido. También entre especialistas de ambos sistemas de áreas equivalentes: comadrona/tocoginecólogo, huesero/traumatólogo rezadora/psicoterapeuta.

En la medicina oficial, las derivaciones dentro del sistema tienen una frecuencia muy alta y son aun más recomendables en casos de necesidad de diagnósticos, o de tratamientos, de alta complejidad. Por otro lado, se hacen derivaciones desde la medicina oficial a la popular, con un cierto énfasis en el campo de la pediatría. Por ejemplo, cuando la madre supone que el hijo está empachado, o tiene "mal de ojo", no suele ser el médico oficial (pediatra o generalista) quien haga el diagnóstico, aunque este hecho no impide una atención en la medicina oficial al mismo tiempo que se remite al experto en "tirar el cuerito" o en "hacer la medida".

Desde la medicina popular, las derivaciones a la medicina oficial son más usuales en el caso de embarazos múltiples, o cuando la comadrona detecta alguna complicación imprevista.

Hay, asimismo, derivaciones entre curadores populares, aunque comparativamente son más escasas. Quizás esto tenga que ver con la concepción sobrenatural de las causas de algunas enfermedades, sobre todo la del "daño". El curador, el shamán, no cura por sí mismo. Simplemente, es un intermediario entre los que sufren y los dioses, quienes son los que detentan el poder real para curar. Cuando el curandero logra eliminar la causa del "daño", ese monto del mal se puede volver contra sí mismo. Es decir, que habría algo así como una "adquisición" del "daño" que se transfiere desde el paciente al curador. Casi todos los curadores relatan, en tal sentido, que al fin de la tarea experimentan grandes malestares.

El interrogante es, entonces, cómo disponer posteriormente de dicho monto de "daño". En consecuencia, son muy frecuentes las acusaciones mutuas de actos de brujería entre los curadores, generándose así un clima generalizado de desconfianza.

En vinculación con lo dicho, el renombre de los curadores populares suele ser mayor fuera del paraje donde residen; es probable que esto tenga que

ver con la adjudicación a los curadores (y presuntos brujos) de los hechos que tienen que ver con el "daño" que sufren los pobladores del lugar.

En la medicina popular existe el trabajo en equipo aunque de otra índole que en la formal. El antiguo "machi" solía tener ayudantes (mocetones) que acompañaban la ceremonia con el clásico "kultrún" (tambor ritual).[19] Otros, hacían de intérpretes cuando el "machi" entraba en éxtasis, decodificando a los acompañantes del paciente las comunicaciones entre el shamán y los dioses. Llegado el momento de expulsar las fuerzas del mal del interior del enfermo, también los familiares y demás allegados ayudaban en este procedimiento, profiriendo gritos, ruidos y corridas para espantar el mal. Asimismo, en la medicina espiritual se ve una activa participación de la comunidad, ya que es muy importante la presencia de los familiares y del grupo de creyentes que se reúnen a orar y a cantar acompañados de instrumentos musicales.

Una última forma de convergencia que citaremos la constituye la prevención de la enfermedad.

En la medicina popular, una serie de elementos con características especiales (cintas rojas al cuello o como pulseras, amuletos, crucifijos, imágenes de santos) son el correlato de los llamados elementos "contra" de la medicina indígena. El más común de estos últimos es el cráneo de equino puesto en el techo de una casa mapuche, orientado hacia el este (donde nace el sol). También suele usarse las oraciones, que en la tradición mapuche están representadas por las rogativas.

En la medicina oficial, sobre todo en la Atención Primaria de la Salud, las tareas de educación para la salud configuran una de las formas principales de ejercer la prevención. La utilización de medios audiovisuales para este fin se está intensificando, dándose una última forma de convergencia con la *medicina espiritual*.

[19] J. Bengoa, *op. cit.*

Scanned with CamScanner

V. El lugar del equipo de salud en Atención Primaria

Las diferencias, tanto en la teoría y la práctica psicológica como en el área psicosocial de la salud (mental), y la diversidad sociocultural a la que nos enfrentamos, nos lleva a interrogarnos sobre las posibilidades de actuar y de reflexionar. Esto implica varias cuestiones:

- un reconocimiento de la realidad histórica, cultural, institucional y política que condiciona cualquier práctica y también la que se refiere a la salud (mental);
- una evaluación ecuánime de los medios teóricos y sus significados en el contexto sociocultural en que estamos insertos;
- una consideración de las diferentes prácticas que han devenido de las concepciones teóricas y le han dado sustento en cuanto a sus intereses y también sus límites;
- la asunción de que el campo de la enfermedad mental es distinto del propio de la salud mental. Decidir cuál de ellos se prioriza y delinear las estrategias que permitan su profundización y complejización;
- el interrogarse sobre el sentido social de las prácticas psicoterapéuticas en contextos de diversidad sociocultural;
- la incorporación de la dimensión de la atención primaria como el fundamento de nuestra práctica de salud, desde la medicina oficial.

En tal sentido, nos encontramos ante una doble exigencia: definir nuestro lugar en el marco de la salud mental oficial y en un contexto de atención primaria, y frente a las prácticas populares.

En primer lugar, y como lo hemos expresado en otras ocasiones,[1] estamos persuadidos de la necesidad de arraigar las teorías sociosanitarias en prácticas concretas (incluyendo la investigación) con el fin de otorgarles un sentido de pertenencia y una connotación específica y puntual, así como

[1] Cfr. W. Arrúe y B. Kalinsky, "Hacia un estilo local en salud: una experiencia y una reflexión", en *Encuentros para la salud*, año 1, nº 1, Córdoba, diciembre de 1987. "Comunidad, salud y participación: ¿una práctica local de la ciencia", en *MR*, órgano de la Sociedad de Medicina Rural de la provincia del Neuquén, año 7, nº 17, Neuquén, enero de 1988.

una vía de facilitación para que de ellas puedan generarse respuestas a problemas sociales concretos.

Por otro lado, también creemos que la ciencia social en general, y la antropología en particular, conocen poco sobre la dinámica de los sistemas locales y populares de conocimiento. Así, no se han desarrollado herramientas conceptuales, criterios metodológicos ni estrategias idóneas de trabajo de campo que permitan un acercamiento verosímil a la dinámica del saber popular.[2, 3]

Una perspectiva científica de los saberes populares debería poder indagar sobre cuestiones como el uso popular de la ciencia, el modo popular de investigación, creación y legitimación del conocimiento. Además, seguramente, mostraría la estrecha vinculación de dichas cuestiones con la experiencia social.[4]

Así, una definición nos exigirá, en un marco local, aclarar la problemática relativa a la salud de la población que tiene que ver con las respuestas que estamos dispuestos a dar para cada uno de los puntos arriba expresados.

Esto significa, en principio, que el logro y la utilidad que puedan extraerse de la actividad del equipo oficial de salud estarán en relación directa con las posibilidades sociales que se hayan podido gestar a su alrededor.

En tal sentido, un equipo fuertemente enquistado en la trama institucional, y aislado de las redes comunitarias, tendrá un perfil ciertamente diferente de aquel otro que acepte que, desde las propias instancias institucionales, se modela una configuración específica en relación íntima con el medio y, por lo tanto, peculiar, que necesita ser reconocida como tal.

Así, la violentación de lo que es propio conduce al equipo de salud, como a cualquier otro grupo, a un alejamiento social que puede ser expresado mediante artificios tales como usos exagerados de tecnología, de medicación, etc., para no escuchar al paciente; esto se hace cada vez más habitual cuanto mayores son las complejidades técnicas en que se trabaje.

Se desencadenan, en consecuencia, procesos de alienación que afectan a la comunidad y, sobre todo, al propio equipo que, paradójicamente, debe facilitar acciones de salud.

En segundo término, un reconocimiento de la realidad de la zona nos advertirá, como ya señalamos, de la presencia de diferentes patrones socioculturales locales,[5] cada uno de los cuales organiza y representa el mundo en forma propia.

Por ejemplo, en el area rural (campesina) prevalece una estructura familiar amplia y compleja (familia extensa), una actividad económica

[2] Existen perspectivas científicas muy sesgadas por factores ideológicos que han obstaculizado el tratamiento científico de estas cuestiones. Curiosamente, son aquéllas que toman como baluarte el principio de la neutralidad valorativa de la ciencia y, además, la necesidad de erradicar la ideología del discurso científico.
[3] Mario Rabey, "Conocimiento popular y desarrollo", *Medio ambiente y urbanización*, año 8, nº 3, junio de 1990.
[4] Otra vez, la ciencia proyecta sobre la comunidad lo que es propio de aquélla pero no de ésta.
[5] W. Arrúe y B. Kalinsky, "El alcohol, la cultura y la región. Una visión de las pautas actuales de su consumo", *Revista Española de Drogodependencia*, vol. 13, nº 2, Valencia, España, 1988.

Scanned with CamScanner

fundamentalmente pastoril (crianceros) y una continuidad religiosa y cosmovisional predominantemente indígena, aun en los grupos que no residen en reservas (Agrupaciones). En cambio, en el periurbano, el trabajo asalariado, el contacto más estrecho con las instituciones de la sociedad industrial, la migración y el desarraigo pautan una cultura popular en el marco institucional más identificado con los parámetros urbanos.

Por otra parte, ninguna de estas modalidades se da aislada; viven en íntimo contacto entre sí, estableciéndose entonces una multiplicidad de vinculaciones. Estas últimas han tenido distintas interpretaciones comunitarias: desde aquellas que sostienen que la salida del ámbito rural (y de la Agrupación) constituye una violación a la identidad étnica, y que contribuyen a una asimilación que no respeta la pluralidad sociocultural, hasta aquellas otras en que la utilización del trabajo asalariado no hace más que reafirmar la permanencia en el medio rural, permitiendo así la continuidad de la condición étnica.[6]

Finalmente, cada uno de estos patrones socioculturales y sus vinculaciones mutuas están en contacto con las instituciones de la sociedad mayor, frente a la cual deben generar respuestas y formas de negociación (quizá verdaderas estrategias de resistencia),[7] dada la invasividad institucional que caracteriza a esta última.

Con este breve comentario queremos mostrar que se trata de una comunidad altamente diversificada, si se quiere fragmentada, en la que cada grupo define sus relaciones en el marco de una sociedad compleja que basa su dinámica en el conflicto permanente.

Por lo tanto, no se trata de una convivencia armónica de las comunidades sino que, al contrario, es la *tensión intergrupal* el factor primordial que vertebra su perfil.[8]

Esta situación no tiene, según creemos, respuesta única, aunque sí aproximaciones que parecen más correctas. Y de este último camino intentamos apropiarnos.

Los planteos teóricos desde el campo de la psiquiatría, la psicología, o aun la psicología social, *no incluyen* el tema de la diversidad sociocultural; se ignora, así, la posibilidad de un reconocimiento de las entidades y las categorías cognoscitivas locales.[9]

En consecuencia, no podemos adscribir a ninguna de las corrientes existentes en forma particular y acrítica. Intentamos construir un modo que se relacione con las necesidades y posibilidades de nuestra población, de la que somos en algunos casos parte.

Dentro de la denominación de "etnopsiquiatría" se han querido incorporar muy diversos planteos teóricos como también prácticas psicoterapéuticas controvertidas.

[6] Miguel Angel Olivera y Claudia Briones de Lanata, "Proceso y estructura. Transformaciones asociadas al régimen de 'reserva de tierra' en una comunidad mapuche", *Cuadernos de Historia Regional*, vol. V, nº 10, Eudeba y Universidad Nacional de Luján, 1987.
[7] J. Bengoa, *op. cit.*
[8] G. Bonfil, *op. cit.*
[9] El psicoanálisis, en los escritos más sociológicos de Freud (*El malestar en la cultura*, *El porqué de la guerra*, por ejemplo) se refiere al "hombre primitivo", categoría no comparable con lo que aquí queremos mostrar.

Puede distinguirse un espectro bastante amplio de enfoques de los contenidos y modalidades terapéuticas. Por ejemplo, el intento por asimilar realidades étnicas en el marco de los lineamientos de la sociedad occidental, basado en el presupuesto de la necesidad de operar con un solo estilo de desarrollo y, por lo tanto, viéndose constreñido a incorporar dichas sociedades, con el objeto de "salvaguardarlas". Una forma de "salvación" que se trastoca en una condena a la muerte social.

En el quehacer de la salud mental, esta propuesta se ha traducido en un uso no reflexivo de técnicas terapéuticas clínicas destinadas a personas y grupos que no se adecuan al perfil usual para el cual han sido formuladas ("un paisano en el diván"), cambiando, solamente, los contenidos ideacionales y las representaciones que se manejan durante el proceso de la cura, aunque sin variar mayormente los aspectos valorativos, objetivos terapéuticos y significados ideológico-culturales de la salud y la enfermedad.

Otra variante está dada por la insistencia en supuestas posibilidades del terapeuta para ubicarse sobre los diferentes universos culturales, haciendo una mezcla de contenidos, tanto en la teoría como, y lo que es más grave, en cuanto a sus consecuencias, en la práctica terapéutica.[10]

Debemos mencionar, como una cuestión adicional, que se han venido dando extremos en otro sentido, esta vez en el eje ideológico-práctico.

Desde este punto de vista se produce una mistificación de las prácticas populares —y, aun, de las indígenas más tradicionales— en detrimento de las alternativas válidas que pueden brindar los recursos disponibles de las formas occidentales. Es una suerte de mimetismo: por respetar lo del otro, se falta el respeto a lo propio.

O, en el otro polo, se da una recuperación sistemática, por parte de la medicina occidental, de las formas terapéuticas populares.[11] Por ejemplo, conocidos los principios farmacológicos de las hierbas medicamentosas, se industrializan químicamente y se elaboran, así, medicamentos de patente.

Un ejemplo específico en el área de la salud mental se refiere al tema de las redes sociales como factor terapéutico; éste aparece como un "hallazgo" de determinada escuela psicológica occidental, cuando ha sido desarrollado desde tiempos inmemoriales.

En nuestra región, el "machi" (shamán mapuche), en la ceremonia de curación ("machitún") operaba con familiares y vecinos para lograr, con danzas, rezos, cantos y gritos, la expulsión del mal del interior del enfermo.

Esta apropiación es recurrente en la ciencia social contemporánea. Ella ha tenido poco en cuenta los procesos de aparición en el universo científico de hallazgos que habrían sido pretendidamente gestados en su marco; por lo tanto, son despegados de sus reales fuentes de inspiración, esto es, las propias comunidades y grupos.[12]

Nuestro planteo no debe ser entendido como aislacionista. Consideramos que la interacción en un marco de respeto mutuo posibilita el enriquecimiento de los modos y de las personas; pero, reiteramos, ello debe estar basado en el respeto.

[10] Este tema se retoma en el capítulo VII.
[11] E. Menéndez, *op. cit.*, habla de una apropiación por parte del modelo médico hegemónico de las llamadas "medicinas marginales".
[12] Otro problema completamente distinto es el referido a las formas específicas que adquiere la *formulación* en la comunidad científica y en los grupos humanos, en general.

Scanned with CamScanner

Pero lo que realmente se ha perdido en la teoría psicológica en su conjunto es la dimensión sociopolítica de estas realidades.[13]

Así, los llamados enfoques psicoterapéuticos familiares tampoco se han detenido a efectuar un balance de sus posibilidades pues utilizan modelos de familias, o esquemas antropológicos, que poco tienen que ver con estas realidades objeto de sus afanes terapéuticos.

Las condiciones de dominación socioeconómica y técnico-institucional en que se encuentra la medicina popular hacen que se haya perdido —desde la medicina oficial— la visibilidad de los recursos y de las alternativas con el significado cultural que ellas poseen. Aunque no sea así para la población que constantemente la utiliza.

En tal sentido, pensamos que un enfoque local de la salud y la salud mental no debería incurrir en esta omisión; aunque tampoco debería crearse la falsa ilusión de que una aproximación y un conocimiento de las opciones populares *por sí solos*, les devuelve su lugar en la historia.

Esto último tiene que ver, más bien, con niveles de complejidad estructurales que están más allá de las posibilidades que aquí estamos planteando. Aunque creemos que los estilos locales que las reconocen e incorporan apoyan cambios más amplios, y contribuyen así a la creación de las condiciones que lo harán posible.

En síntesis, nuestro espacio como equipo de salud se vertebra a lo largo de una *triple adscripción:*

1) desde la "medicina blanca" ("huinca") hacia un campo teórico y práctico de la salud/enfermedad mental, frente al cual asumimos una posición flexible, intentando dilucidar los aspectos compatibles y aquéllos que no lo son, en su amplio desarrollo.
   Pero también pensamos que explicitar las problemáticas subyacentes nos posibilita una puesta a punto de enfoques y resultados que bien podrían incorporarse a una teoría y práctica locales que, previamente, posean criterios propios y suficiente capacidad de autocrítica (dinámica de la participación social);
2) desde la "medicina blanca" y el campo de la salud a la propuesta de Atención Primaria de la Salud: nuestro punto de encuentro, como equipo, con la comunidad y con las instituciones.
   Un enfoque de Atención Primaria de la Salud mental es la búsqueda de nuevas alternativas en la que el equipo de salud se constituye fundamentalmente en facilitador.[14]
   Sabemos que las respuestas desde la salud son tanto más difíciles por las razones teóricas ya apuntadas, como también por las realidades institucionales que no son propensas a definir políticas ni a generar circuitos alternativos efectivos de prácticas de salud, ya que el eje suele ser el de la enfermedad.
   En tal sentido, las políticas sociales y culturales que se diseñen a partir del ámbito de la salud no pueden obviar, en su definición, el tema de la participación, ni el de la conformación de equipos de trabajo intersectoriales en su puesta en marcha, como reaseguros de su efectividad y continuidad.[15]
   Un tema diferente, aunque apunta a la misma dirección, es el de la conformación de los equipos de salud.
   Así como creemos que no habría abordajes estandarizados para diferentes situaciones y contextos, tampoco habría fórmula única respecto de los requisitos que debería reunir un equipo de salud en el ámbito de la atención primaria. Pero, sin duda, debe "invadir" áreas que desde otras perspectivas pueden ser calificadas como extraterritoriales.
   Así, desde el ámbito *científico y disciplinario* se da una integración de los diferentes aportes de las ciencias sociales. Sabemos de la existencia de diferentes corrientes en el pensamiento social; damos por descontado que la elección dependerá de los objetivos y de los puntos de vista ideológicos que se asuman.
   Desde lo *sociocomunitario* es importante la constitución de equipos intersectoriales, que no se agoten en instancias aisladas, ya que los problemas de salud no se limitan sólo a ese sector; también tienen que ver con educación, trabajo, vivienda, etcétera.[16]
   La posibilidad de pensar respuestas globales e integrales tiene un fundamento más sólido en el marco del trabajo intersectorial, el cual, por otro lado, está mejor dotado para convertirse en interlocutor competente de las organizaciones intermedias con que cuenta la comunidad. Así, las acciones de salud se convierten en práctica social cierta que tiene que ver con las estructuras institucionales y con formas diversificadas de poder.
   Por otro lado, una complementación de percepciones permite ir haciéndose cargo de la distinción entre demandas espontáneas de la comunidad y demandas creadas por el propio equipo de salud. Esta distinción, en algunos casos, es sólo analítica. Pero la sostenemos porque pensamos que delinear un criterio en tal sentido permite discriminar las necesidades que se generan desde la comunidad, y aquéllas que se inician en el equipo de salud; aunque, unas y otras, *luego* confluyan en un mismo emprendimiento de pedidos y posibles soluciones.
   Desde nuestra comunidad rural y periurbana, en general no se producen demandas explícitas de atención psicológica.[17] Sí, en cambio, desde la población urbana. En aquellas no existe una representación social del psicólogo ni del psicoterapeuta; y, en la medida en que no haya un intento de conjugar las posibilidades de la medicina occidental con los problemas por los cuales los pobladores buscan la ayuda de las instancias institucionales de la *sociedad mayor*, estos

[13] En este sentido, así como la psicología no se ha hecho eco de los problemas y resultados de las ciencias sociales, estas últimas han tenido escasamente en cuenta los logros de aquélla.

[14] W. Arrúe y B. Kalinsky, "Hacia un estilo local en salud: una experiencia y una reflexión". *Encuentros para la salud*, año 1, nº 1, Córdoba, diciembre 1987.

[15] W. Arrúe y B. Kalinsky, "Sobre los modos de la participación social en salud: algunas ideas preliminares sobre un estilo local", San Martín de los Andes, abril de 1988b, ms.

[16] W. Arrúe y B. Kalinsky, "La tecnología social en la democratización de la salud", versión preliminar, San Martín de los Andes, noviembre de 1989, ms.

[17] Tenemos que aclarar que sí existe una demanda personalizada a ciertos profesionales que trabajan en el área de la salud mental.

Scanned with CamScanner

pedidos caerán en el vacío, y las prácticas dominantes reafirmarán esa condición.

Así, pues, en este caso, el equipo de salud (mental) debiera dejar de lado, al menos temporariamente, los "imperativos" impuestos por su estilo de profesionalización y abocarse a usar los recursos disponibles, a identificar, comprender y desplegar las problemáticas en sus diferentes estratos y anudamientos, como a formular posibilidades terapéuticas en un trabajo conjunto.

Del otro lado, tenemos la necesidad de los profesionales por ejercer las normatividades técnicas, en búsqueda del fortalecimiento de su identidad profesional.

Ello se traduce en el énfasis por encontrar especificidad en el terreno de la salud mental a los problemas que la gente formula (tendencia a la psicologización, como equivalente de la medicalización);

3) desde la "medicina blanca" y del campo de la Atención Primaria de la Salud hacia el campo popular.

En el reconocimiento de las prácticas populares de salud es donde se amplía la extraterritorialidad de nuestro planteo. En este sentido, si bien no nos interesa, en este momento, expedirnos sobre niveles comparativos de eficiencia entre uno y otro sistema de salud, creemos que el ámbito de la Atención Primaria de la Salud es, de hecho, el más predispuesto a reconocer, desde la "medicina blanca", la condición de existencia a las formas populares. Ello no obsta, sin embargo, para que tales prácticas existan y estén muy difundidas *por sí mismas*.

El problema que planteamos tiene que ver más bien con la forma de percepción de la sociedad central de las estructuras de organización de conocimientos y experiencias que se apartan de la suya propia.

En consecuencia, no puede haber cabida para el ejercicio de un pluralismo democrático en tal sentido.

Esta cosmovisión genera tres tipos de resultados, igualmente excluyentes, de diferencias internas en el sistema global:

a) el relativo a los mecanismos de negación que pueden ponerse en marcha, restando entonces existencia a estilos ajenos al dominante. Por ejemplo, ignorar las prácticas populares del cuidado de la salud, recortando una realidad que directamente no las incorpora;
b) otra forma es reconocerlas pero dándoles un sesgo de sistemático negativismo, adjudicándoles todas las propiedades, rasgos o efectos indeseables, perjudiciales o aun concibiéndolas como verdaderos obstáculos al desarrollo y progreso sociales;
c) una tercera modalidad es el intento por asimilarlas, despojándolas de sus contenidos ideológicos y culturales, que les dan su específico "ser diferente".[18]

Es usual sostener que la mirada médica que considera a las prácticas populares se desvaloriza en cuanto a prestigio científico y eficiencia técnica.

[18] Este tema será tratado con detalle en el capítulo siguiente.

En este último caso, se encubre con un discurso teoricista un abismo ideológico que torna infructuosa cualquier argumentación en la dirección apuntada.

Desde nuestro punto de vista,[19] los presupuestos que exigen tomar en cuenta al universo local son:

- la aceptación de la diversidad en las prácticas sociales, junto con sus correspondientes formas de producción de la realidad social;
- el reconocimiento de la universalidad cognoscitiva;
- el reconocimiento de la pluralidad cognoscitiva.

En el campo de la salud, ellos se expresan en una legitimación, todavía muy parcial, desde un ámbito institucional, del hospital como pieza de la sociedad dominante, en la *diversificación de los factores de poder* y en la iniciación de un *proceso de democratización del conocimiento* que adquiere relevancia también en cuanto a los efectos sociales que puedan derivarse.[20]

Otra consecuencia, desde nuestra posición, es que la mirada médica en el campo de la salud mental *da pertinencia* a los diagnósticos populares así como considera terapéutica la actividad de muchos curadores populares.

Insistimos en el hecho de que, en principio, el mundo popular no debe su existencia a la sanción institucional de la sociedad mayor. Tan "sólo" le debe su condición de marginalidad y de exclusión de los espacios concretos de poder.

Nuestra perspectiva apunta hacia nuevas vinculaciones entre el mundo popular y el científico-técnico, no sólo en lo que respecta al área de la salud, sin obviar las condiciones sociohistóricas y políticas que las enmarcan, pero teniendo la certeza de que en niveles menos agregados hay estrategias que pueden ponerse en marcha para superar una intensa alienación que nos involucra a todos; y que, además, se transforma en un *quite de posibilidades* para la resolución conveniente de los problemas que tienen que ver con el sufrimiento de las personas.

Esta presentación se completaría con el punto de vista del campo de la medicina popular respecto de las prácticas oficiales. Como es sabido, la persecución de que fueron objeto tantos prestadores como usuarios por medio de la figura jurídica de "ejercicio ilegal de la medicina" no lo hace, todavía, muy visible para nosotros.

No obstante, esta posibilidad que nos brinda un trabajo conjunto es una muestra del avance en cierto sentido logrado en la explicitación *vis-à-vis* de contenidos y orientaciones.[21]

[19] B. Kalinsky y W. Arrúe, "¿La investigación participativa en acción? Una puesta a punto de las dificultades identificadas en la primera etapa de un proyecto de investigación en el campo de la salud", *Salud, prevención y sociedad*, vol. 1, Buenos Aires, setiembre de 1988.
[20] W. Arrúe y B. Kalinsky, "La tecnología social en la democratización de la salud", Versión preliminar, San Martín de los Andes, noviembre de 1989, ms.
[21] Al respecto, véase capítulo VII.

Scanned with CamScanner

VI. La representación institucional de las articulaciones entre sistemas médicos en el equipo oficial de salud

"Este libro surgió a partir de un pasaje de Borges, a partir de la carcajada que cuando leí el trozo, aniquiló todos los hitos familiares del pensamiento —nuestro pensamiento, el pensamiento que lleva la marca de nuestra época y de nuestra geografía—, disipando todas las superficies ordenadas y todos los planos con los cuales estamos acostumbrados a domesticar la salvaje confusión de las cosas existentes, y perturbando y amenazando con el colapso hasta mucho después a nuestras antiguas distinciones entre lo Mismo y lo Otro. El pasaje cita 'una cierta enciclopedia china' en la que está escrito 'los animales se dividen en: (a) pertenecientes al Emperador, (b) embalsamados, (c) domesticados, (d) lechones, (e) sirenas, (f) fabulosos, (g) perros extraviados, (h) incluidos en esta clasificación, (i) frenéticos, (j) innumerables, (k) dibujados con un fino pincel de camello, (l) etcétera, (ll) que acaban de romper el jarrón, (m) que desde lejos parecen moscas'.

"En el asombro de esta taxonomía, lo que aprehendemos es un gran salto: lo que por medio de la fábula se demuestra como en el encanto exótico de otro sistema de pensamiento, es la limitación del nuestro propio, la completa imposibilidad de pensar eso.

"Pero, ¿qué es imposible pensar, y qué tipo de imposibilidad enfrentamos en este caso?" (subrayados del autor).

Michel Foucault*

Experiencia personal con las "medicinas"

"Desde los tiempos remotos, los exploradores y conquistadores del desierto fueron tratados y atendidos por los lugareños, utilizando su cultura y su medicina tradicional.

Era entonces la época de brujos y machis; desde ahí hasta la llegada del conquistador del desierto se empezó a poblar la Patagonia por la fuerza, y éstos fueron trayendo nuevos modos y costumbres, aunque también tomaron la medicina regional.

* *Las palabras y las cosas. Una arqueología de las ciencias humanas*, Barcelona, Planeta-Agostini, 1984 (1ª edición en francés, 1960).

Desde entonces, las costumbres, modos de vida y cultura empezaron a mezclarse; muchos de los llegados de otros lugares fueron contrayendo matrimonio con personas del lugar donde se juntaron muchas costumbres, las de afuera y las de adentro.

Y desde allí vengo yo, del gaucho conquistador y parte del indio. Mi padre, hijo de un conquistador y una mestiza de sangre india y española. Esta, mi abuela paterna, era curandera y partera, muy conocida en el lugar allá por el año de fines de 1800. Mi padre nació en 1913 y fue criado en la medicina popular, pero no aprendió a curar por el hecho de haber sido huérfano. El era el menor de seis hermanos más grandes pero él siempre se arregló con la popular. Fue a partir de su juventud puestero y peón de campo, y partero. Ayudó a tener familia a muchas mujeres de sus compañeros de trabajo, ya que la medicina científica allá por los años cincuenta no se conocía por los lugares alejados del pueblo.

Mi abuela materna también fue partera y acomodadora de embarazos. Nosotros fuimos diez hermanos y todos con partos domiciliarios. Todos atendidos por mi padre o por mi abuela materna.

Mi madre murió a los treinta y ocho años por un derrame biliar, según el diagnóstico científico. Mis hermanos y yo fuimos vacunados ya de adolescentes y en la escuela ya fuimos mezclando nuevos métodos de vida y fuimos conociendo otros saberes, religión católica, conductas y aprendiendo a la vez. En el servicio militar me hicieron la vacuna BCG.

Cuando volví me junté con lo mío pero con otras costumbres, y me fui transformando en lo nuevo, tratando de ubicarme en la realidad, en una realidad que me fue muy difícil de entender. Me parecía que una cosa era vieja y la otra era nueva.

Entender dos saberes, tener dos experiencias para nosotros fue muy bueno. Aprender a vivir mejor, buscar modos de vida mejor, con lo nuestro, con nuestra identidad del lugar, con costumbres nuestras y costumbres de afuera, pero las buenas.

Cuando me casé, me casé con una mujer formada y crecida en la ciudad. Muy diferente su cultura a la mía. Con otra modalidad de vida, no conocía la vida en el campo, y yo conocía la vida en el campo y poco la de la ciudad. Nos fue muy duro conocernos y terminar por entendernos.

Cuando empezamos a tener hijos y durante sus cuatro embarazos se controló en el hospital, y yo en el primer embarazo no lo podía entender. Decía ¿por qué tantos controles, si mi mamá nunca se controló?. Pero de a poco me fui metiendo, fui comprendiendo, y ella a lo mío. Yo respetaba su decisión y ella la mía, y hoy podemos entender a nuestros hijos, que crecen conociendo los saberes popular y científico, y creen en los dos. En el daño, el empacho, el mal de ojo, pero también que existe la tuberculosis, y el agua potable.

Ahora trabajo en Salud Pública como agente sanitario, pertenezco al saber científico y soy del saber popular, hijo directo y usuario del mismo.

Como conocedor de los dos saberes puedo decir que hoy las culturas están muy mezcladas y casi confundidas, o puede ser que yo a lo mejor no lo entienda. Aclaro, en lo que se refiere a salud. También de las equivocaciones de los dos, que en realidad son equivocaciones

Scanned with CamScanner

de las personas. Todos nos equivocamos.

Un saber tiene una facultad de respaldo, el otro saber la confianza del hombre, la trascendencia de los tiempos remotos.

Como agente sanitario tengo que llevar de la mano al médico científico y al curandero popular, tengo que cuidar que el poblador elija, que decida qué hacer, dando yo mis conocimientos, sobre las posibilidades y los riesgos de los dos saberes, y sobre todo, consultando a quienes saben más que yo.

En la región que yo conozco, el sur del Neuquén, la cultura del lugar se está modernizando aceleradamente, ya que mi pueblo es una ciudad turística. Hay muchas ideas, algunas no muy bien definidas, ya que los que llegan a la ciudad son europeos, hijos o descendientes de extranjeros. Los lugareños optamos por apropiarnos de algunas costumbres, y los que llegaron, a la inversa. Por ejemplo, hay mujeres mapuches que se tiñen el pelo de rubio, o ponen a sus hijos nombres como Jacqueline o Jennifer. Y los que llegan, Antú, Rayén, etcétera.

Por otra parte, al lugar llegan misioneros o predicadores de distintos credos, como por ejemplo católicos de Mar del Plata, evangélicos, bautistas desde Paraguay, mormones desde Norteamérica, metodistas desde Chile y otros. Esto nos confunde mucho. En general, se agarra lo que conviene. Muchas veces, varios a la vez. Por ejemplo, se puede ir a distintos cultos, pero no se abandona la rogativa mapuche.

Si hablamos de Salud, en el área hay gente que primero consulta al médico popular y después al médico científico y si no también al revés. Pero por sobre todas las cosas, es la fe de cada usuario lo que lo lleva a elegir a cada cual, el médico o al curandero.

En las visitas programadas o controles de niños que se realizan tanto en el hospital, periurbano, área rural, se ven recién nacidos con amuletos, como un colgante al cuello, este amuleto está hecho de ruda, ajo, romero, para evitar el mal de ojo o cualquier daño.

En el área se ve en las visitas domiciliarias, en la puerta de algunas casas, la cruz de Salomón, de cinco puntas, tallada en madera, para que no entre el daño, y a los costados plantas de ruda macho y hembra.

También podemos ver hervores de yuyitos, como eucalipto, payco, manzanilla, hojas de duraznos. Y muchas veces nos cuentan que llevan los chicos al hospital, y al no sentirse respondidas, los llevan también al curandero. A veces a los dos a la vez. Cuando nos piden respuestas, nosotros, como agentes de salud empezamos a caminar entre las dos medicinas.

Y, por último, esto de las culturas es necesario que podamos ir, cada vez más, entendiendo, conociendo y respetando. Falta apenas diez años para el 2.000, hay mucha gente marginada y, esto de 'salud para todos'..."

Roberto Castillo, agente sanitario,
San Martín de los Andes

1. Abordar entonces una reconstrucción de la representación institucional de las articulaciones entre sistemas médicos en el equipo oficial de salud nos parece una tarea ineludible y también compleja.

Vayan algunas aclaraciones previas.

Sabemos de antemano que es simplemente un intento de plantear un tema polémico muchas veces negado. Este capítulo no pretende ser un análisis institucional, una puesta a punto de las formas del tráfico entre las prácticas y el sistema de creencias más amplio que da a la institución sanitaria oficial su peculiar perfil. Tampoco intenta abarcar globalmente la representación que tiene el equipo oficial de salud sobre su propio conocimiento (el conocimiento científico) y sobre el conocimiento del otro (en este caso, el saber popular).

Tan sólo haremos una consideración de las ideas y perspectivas que tiene el equipo oficial de salud, en especial el sector profesional, sobre el tema concreto de las articulaciones entre sistemas médicos. Como es obvio, el recorte es convencional ya que el tema considerado es parte de una trama conceptual más amplia.

No obstante, si bien la unidad temática puede ser restringida, es un nudo crítico en cuanto a su poder aglutinador y a veces potenciador, de la ideología institucional.

Otro problema con que nos vemos enfrentados es el propio marco teórico que da validez a la perspectiva de la representación colectiva.[1]

En general, los trabajos a los que hemos tenido acceso tienen que ver con las formas sociales que adquieren los sistemas de creencias, valores, conocimientos, memorias y experiencias, más que con tramas específicamente institucionales. Por esto utilizaremos el concepto de "representación" como un recurso metodológico, para mostrar los principales argumentos y acciones que se gestan desde el equipo oficial de salud, respecto de las articulaciones entre sistemas médicos (oficial y popular).

Antes de seguir, necesitamos expresar nuestro agradecimiento a los integrantes de los equipos hospitalarios de la zona sur de la provincia de Neuquén, sin los cuales no habría sido posible abarcar este tema más allá de las diferencias y a partir del afecto depositado a lo largo de la actividad.

La metodología empleada consistió en la grabación de las discusiones grupales acerca del proyecto de investigación sobre modos locales de conocimiento en el campo de la salud, así como, y fundamentalmente, en el seguimiento de algunos casos clínicos que hicieron sobremanera al problema en cuestión. Además, incluye la experiencia de uno de nosotros en la institución sanitaria.

2. Nuestra zona de trabajo constituye un *ámbito intercultural*. Para decirlo muy sintéticamente, existen *al menos* dos formas de conceptualizar la salud y la enfermedad, con sus modos consecuentes de poner en práctica acciones tendientes al logro de la salud, *desde cada uno de los puntos de vista sustentados por tales concepciones*.

Los pobladores delinean caminos para la atención de sus problemas de salud de acuerdo con sus propios planteos, que tienen en cuenta (o no)

[1] Claudine Herzlich, "Représentations sociales de la santé et de la maladie et leur dynamique dans le champ social", en W. Doise y A. Palmonari, *Etudes des Representations Sociales*, Delechaus Niestlé, 1987; Claudine Herzlich y Marc Augé, *Le Sens du Mal. Anthropologie, Histoire et Sociologie de la maladie*, France, Editions des Archives Contemporaines, 1984; Claudine Herzlich y Janine Pierret, "De ayer y de hoy: la construcción social del enfermo", *Cuadernos Médico-Sociales*, nº 43, Rosario, marzo de 1988.

Scanned with CamScanner

a la diversidad de sistemas sanitarios presentes. Estas estrategias poseen distintos grados de factibilidad (y provecho) gracias a una participación activa de su gestores. Sin embargo, hay circunstancias que limitan sus posibilidades.

Acá, ya tenemos expuestas dos cuestiones importantes. Por un lado, no es cierto que todos los pobladores tengan un igual acceso a los dos sistemas de salud, oficial y popular.[2] En muchas ocasiones, tal diversidad sólo es una formalidad.

Puede darse que el "no acceder" sea una decisión voluntaria, aunque éste no es el caso más frecuente. Más bien, tanto los testimonios como las pruebas empíricas en general, nos hablan de dificultades de diverso grado, en cuanto a la posibilidad de acudir, ya sea en los propios términos, o aun en términos compartidos, al sistema oficial de salud.

La lógica institucional establece una férrea racionalidad respecto de sus contenidos y la forma de ponerlos en práctica, los cuales impiden, de hecho, la explicitación de conflictos entre las formas propias de discurso y las de los consultantes (pacientes).

Recalcamos el valor que tiene para la institución la necesidad de que los conflictos no se muestren; estos conflictos existen entre las pautas socioculturales de unos y otros.

Los consultantes no están en condiciones de plantear los problemas en sus propios términos ya que, en tal caso, "no son creídos", son desestimados. Puede argumentarse en el mismo sentido en el caso en que pretendan crear formas compartidas de prácticas y discursos con el equipo oficial de salud.

Desde el punto de vista de la población, la dificultad del acceso geográfico suele ser la que se identifica con más facilidad. Pero en nuestra zona, la existencia de una red de recursos sanitarios adecuada y medios operativos de comunicación facilitan la atención de las necesidades de salud, a pesar de las inclemencias naturales, sobre todo en invierno (véase el Anexo 1). El curador popular, sobre todo en el área rural, suele encontrarse, en general, "más cercano".

Otro aspecto es el acceso económico, esta vez facilitado por el sistema oficial, dado que la atención hospitalaria es gratuita (no así la privada ni la de obras sociales). De todas formas, la prestación se encarece mucho por el costo de los medicamentos y los exámenes complementarios (además del precio del transporte).

El costo de las prestaciones en la medicina popular varía desde la gratuidad hasta el pago en dinero, pasando, sobre todo en el campo, por el pago con aves, artesanías, etc. En general, la forma del pago de la consulta está ligada a las posibilidades del paciente.

Otra versión que toma la dificultad del acceso en el circuito popular, se expresa cuando media alguna complicación: intoxicación, mutilación, incluso la muerte. Pero en la práctica, por lo general, no suele haber interferencias para acudir a este sistema, lo que tiene que ver con su legitimidad.

Y aquí desembocamos, entonces, en la segunda de las cuestiones que

[2] Para no hacer demasiado engorrosa la exposición, reducimos el número de sistemas de salud con las salvedades del caso.

queremos anotar: muchas veces es el hospital, como ejemplo de institución de la sociedad compleja, el que, al implementar su propia racionalidad, obstaculiza que se concreten estrategias útiles, sistemáticas y compartidas entre los distintos recursos de salud disponibles. Esto último es lo que intentaremos desarrollar.

La elección de la dimensión institucional propiamente dicha tiene que ver con la necesidad de dar cuenta de los términos en que la red oficial de salud funda su relación con el contexto más general en que está inserto, y con sus propios miembros.

Estos términos no son uniformes y se tornan más inflexibles cuanto más cerca de "lo hegemónico se está". Pero si es cierto que la institución tiene formas específicas de producción de la realidad,[3] particularmente rígidas.

3. Quizá para comprender mejor la racionalidad que imprime la institución oficial de salud a sus prácticas convenga partir del asentamiento de algunas premisas a partir de la inclusión en un contexto caracterizado por prácticas indígenas, criollas, populares.

La red oficial tiene su más acabada expresión a partir de la puesta en vigencia del Plan Provincial de Salud, hace aproximadamente dos décadas (véase Anexo 1). El antes y el después conforman un punto central de inflexión en el análisis que nos ocupa.

En el antes, parece cierto que:

- existe una historia sociosanitaria provincial que abreva en varias fuentes, como dijimos: indígena, hispano-europea, criolla, religiosa, formal, popular;
- es una historia que se caracteriza por no haber transcurrido aislada, se inserta más bien en contextos socio-técnicos y políticos diferenciados, que han impuesto un *virtual espacio de escisión* en su interior, con los límites y las restricciones que ello ha implicado.
- En sí misma, es una historia del cambio sociocultural, una historia de conflictos, quiebras, confluencias en donde se han creado zonas de franca exclusión, otras de intensa interacción, así como espacios indefinidos y de estatuto ambiguo;
- finalmente, esta historia sanitaria es una de las versiones que ha tomado el contacto coercitivo entre culturas. Por eso, también, es parte de la fragmentación sociocultural y de la imposición política.

El reconocimiento de procesos históricos en la evolución sanitaria de la región implica aceptar que se ha generado una gran variedad de *modos de exclusión* que tienen como base el ocultamiento sistemático de las distorsiones del espacio sociosanitario.

Es así que "la institución", por llamarla de un modo genérico, ha establecido relaciones particulares con los diferentes grupos humanos que conviven a su alrededor, pero imponiendo siempre su mismo esquema de racionalidad.

4. Esta racionalidad impregna, ante todo, los vínculos que la institución

[3] Aunque también, por supuesto, haya otras fuentes.

Scanned with CamScanner

mantiene con sus propios miembros, y secundariamente, y a partir de ellos, con el medio social en que está inserta. Ello puede, esquemáticamente, delinearse así:[4]

En el plano epistemológico: un recorte del saber, dando legitimidad a su propio universo y, consecuentemente, desconociendo a lo que considera ajeno. Esta institucionalización de un saber único no se opone, en esta dimensión, a cuestiones metodológicas propias del quehacer científico actual, tales como el reaseguro del método experimental en cuanto a la puesta a prueba de hipótesis y, por ende, en cuanto a la provisoriedad del conocimiento, así como el principio de neutralidad valorativa, de quien hace y quien aplica el conocimiento.

En el plano de las *derivaciones políticas*: la segregación sistemática de las prácticas que estima ajenas a los estilos institucionales dominantes implica la ilegalidad jurídica de estas últimas, y de sus consecuentes formas, descubiertas y encubiertas, de represión.[5, 6]

En el plano ideológico, la expresión de esta negación de la realidad implica ignorar el contexto sociocultural en donde la labor de la institución oficial debe planificar y ejecutar sus acciones, en contradicción con el discurso de la filosofía social que sustenta a la estrategia de la Atención Primaria de la Salud.

Ello desemboca en lo que no dudamos en llamar, por su naturaleza y consecuencias, un prejuicio que, como tal, es "casi" de calidad ontológica. Una ontología de la negación y de un universo rupturista que linda, en ocasiones, con una franca violencia institucional.

Está claro, por otra parte, que dicho prejuicio no tiene una única manifestación: desde las versiones más radicalmente antagónicas hasta la ingenua pregunta sobre "esa otra realidad" que llega, quizá demasiado filtrada, al consultorio externo o a la guardia de algún hospital; desde la franca aceptación del desconocimiento hasta la abierta burla, y por lo tanto denigración, de todo lo que provenga del mundo "del otro". Convertir a la nosología popular en un instrumento de reiterada incomprensión y obstáculo de la relación médico/paciente, si es que tal relación, avasallada por dichas condiciones, puede considerarse como realmente existente.

Este prejuicio, el "gran prejuicio", el institucional, el que marca una

[4] Dejamos sin mencionar, aunque no por eso carecen de importancia, los rasgos que identifican a la racionalidad de la institución médica que tienen que ver con los planos teórico, metodológico y técnico-instrumental. Adherimos en gran parte a la caracterización que hace Menéndez (1985) del "modelo médico hegemónico", aunque compartimos sólo en cierta medida la modelización misma y, sobre todo, los usos sustancializantes que se han venido dando de dicho modelo.

[5] Susana Belmartino, Carlos Bloch, Ana Persello y María Inés Carnino, *Corporación médica y poder en salud. Argentina 1920-1945*. OPS, Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, Rosario, 1988; Claudine Herzlich, "La 'profession' de médicin", en *Prospective et Santé*, nº 34, 1985.

[6] No obstante, en los niveles que escapan a esta lógica institucional, se ven diferencias en el planteo de esta relación. En algunos parajes, el curador popular puede, amparado en su prestigio, limitar, a veces, el acceso de los miembros del equipo formal. Aunque, realmente, sean poco frecuentes los casos de rechazo frontal, el agente sanitario es quien tiene, en este sentido, mayor vulnerabilidad. La cual, por otra parte, también se debe a la posición marginal que ocupa en el equipo oficial de salud, hecho conocido por los curadores populares. Una vez más, tenemos planteado el difícil conflicto del articulador cultural.

impronta indeleble, cumple, por otra parte, la función de telón de fondo donde se confrontan continuamente los otros, los "pequeños prejuicios", los que llevamos inscritos desde la temprana socialización, los que se muestran en los detalles más nimios que hacen hasta a la fisonomía del paciente ("es más sucio que lo habitual"), o que a veces toman, incluso, el signo contrario (la atracción por el exotismo), en la adopción de posturas y lenguajes academicistas, o en la impostación contraria, tratando de asemejarse al otro (mimetismo).

No podemos afirmar si el prejuicio, y su naturaleza, son inherentes a la condición humana o a toda realidad socialmente construida o si esta cuestión tiene siquiera alguna relevancia.

Lo que sí queda claro es la reflexión de Foucault con que iniciamos este capítulo: nuestra imposibilidad de acercarnos perceptivamente a otros modos de construir la realidad es la muestra más dramática y tangible, sobre todo para un estilo científico que impone la prueba como condición última de certeza, de la limitación de nuestro propio modo de hacerlo, limitación que, al final, adquiere, quizá, la forma menos científicamente tratable: el prejuicio, ya no como un juicio *a priori*, axiomáticamente afirmado, previo a toda experiencia, sino justamente fundado en una experiencia y una exposición constante con lo que es negado.

De todo lo dicho se desprende, sin esfuerzo exagerado, el carácter autoritario que debe provenir de formas institucionales que hacen del prejuicio, y de su mantenimiento, el *leit motiv* existencial. Institución de índole tecnocrática, con afanes modernizadores, con estilos generalmente importados y con la necesidad de revalidaciones desde ella misma, como del resto de la trama institucional de una sociedad que domina sobre otras.

5. La pregunta: "¿vos creés que el 'daño' existe?, ¿es real?, ¿o es que, en el fondo, la enfermedad de la chica es insuficiencia renal, y la familia y la curandera se empeñan en llamarlo 'daño'?" tiene implicaciones próximas y profundas.

Entre las primeras, figura la *incredulidad* frente a interpretaciones de los hechos que escapan a la habitualidad de nuestros propios esquemas de referencia. Ante ello, lo que se cuestiona en cuanto a su condición de verdad es, por supuesto, lo que nos es ajeno, dando por sentado una mayor verosimilitud de esto último, como que le subyace un estado de engañosa discrepancia (y, por ende, algún grado de falsedad ideológica) respecto de cómo son, "en realidad", las cosas en el mundo.

Entre las consecuencias más profundas que se desprenden de este tipo de pretensiones nos parece central lo siguiente: lo que nos es imposible pensar, como dice Foucault, lo convertimos lisa y llanamente en un *prejuicio* peculiar que se conforma, como señalamos, a partir de un contacto constante con aquello que es negado; por lo que no lo podemos ni percibir ni conceptualizar. Si aceptamos este punto de vista, no costará mucho trabajo aceptar también que la pregunta "¿existe *en realidad* el 'daño'?" no tiene pertinencia desde su misma formulación, desde varios ángulos posibles:

* En cuanto se hace la pregunta a quien posee una doble pertenencia cultural y, por lo tanto, es deudor, aunque en diferente forma y con diferente disposición, de sistemas de pensamiento no siempre concordantes, El agente sanitario, articulador social por excelencia, opta claramente por

Scanned with CamScanner

profundizar los recursos de que dispone desde ambas formas, aceptando la diversidad en los planteos del problema y buscando respuestas verosímiles (útiles) para cada uno de ellos. No obstatn, en la discusión institucional (y *no* así en la acción que llevan adelante como agentes sanitarios) con la pregunta "¿existe el 'daño'?", "¿vos creés que lo que tiene la chica es 'en serio' un 'daño'?" se queda, muchas veces, sin respuesta convincente. Al menos, *para los otros.*

Creemos que con este tipo de planteos lo que pobremente se logra es arrastrar a un verdadero *dilema moral* en el cual no sólo se exige una opción (ontológica) en donde no quedan claros los objetivos perseguidos, salvo el de una ilusión de reaseguro de quien atrapa en el dilema, sino que, como agravante, se obliga a una respuesta (existencial) unívoca bajo la firme convicción de que la realidad también es una y que, por lo tanto, sólo es posible una única lectura correcta de ella. Creemos que la falacia reside en este tipo de supuesta certeza bajo la cual sólo puede configurarse lo que hemos denominado una situación (moralmente) dilemática frente a la que no hay respuesta, al menos cuando no media coerción manifiesta.

Así como la "realidad", rótulo que se utiliza para, según Foucault, marcar los hitos de nuestra tranquilidad, es inimaginablemente matizada, lo son también sus posibles interpretaciones. Aunque una "suma" de tales lecturas tampoco nos da como resultado una aprehensión más adecuada de ella.

Y, como dijo certeramente uno de los médicos que participó en las discusiones institucionales que comentaremos enseguida, no se trata de libros, ni tan siquiera de ceremonias. Estamos hablando de la vida y de las personas que sufren y, nosotros agregamos, que mueren.

* En cuanto se pide una respuesta a un interlocutor del "mismo mundo" que se expida sobre cuestiones de existencia última de las cosas ("cómo es el mundo en última instancia") pero apelando, aunque informalmente, a argumentaciones científicas. Pues, en el fondo, lo que en realidad se está esperando es que la respuesta sea, efectivamente, que el 'daño' (o cualquier otra entidad) no existe, ya que se trataría "nada más" que del producto de la "superstición" de la gente, más aún, del prejuicio del otro.

Por otra parte, frente a la imposibilidad de pensar el prejuicio en nuestros propios términos, «obligamos" a forzar respuestas en uno u otro sentido. Lo cual se torna, a nuestro entender, en un importante obstáculo epistemológico que refuerza ese rasgo intrínseco que define al prejuicio en cuanto a su incapacidad de tomar un contacto más verosímil con la realidad que, entonces, deforma sistemáticamente. Así es que se transforma, en muchos casos, en una *confusión* que adquiere diversas formas.

La barrera entre la aceptación y el respeto por las visiones del mundo ajenas se torna muy lábil. Entonces, es algo muy distinto "creer en lo que el otro cree" (aceptación) a respetar que el otro cree que tal o cual cosa está ocurriendo. Es decir, "yo creo que el otro cree que lo que tiene es daño" es bastante distinto a decir "yo creo que el otro tiene un daño".

Hay un abismo entre una y otra afirmación, aunque no podamos indicar que una posición sea mejor que la otra. Por lo menos, otra vez aquí, desde un punto de vista existencial.

Pero sí podemos afirmar que desde lo más operativo, en cuanto a la atención del paciente, pueden originarse verdaderos cataclismos terapéuticos si no se atiende a los recursos que el curador "no confundido" posee.

Así se da la confusión en quien consulta al sistema oficial con la

expectativa de que su propio diagnóstico, como en general es costumbre, sea desestimado; como, en el otro extremo, quien es consultado, al verse inclinado (mistificando) a respetar a rajatabla lo que el otro trae, desprecia sus propias competencias.

El prejuicio que conduce a la confusión puede tener dos destinos:

a) que continúe sin mayor explicitación, profundizándose y originando impedimentos de todo tipo en las formas de articulación que se intenten, entre las diferentes ofertas de atención de la salud de que se disponga.
   En tal sentido, tanto discursos como prácticas correrán el riesgo de la indiscriminación (el médico que hace de curandero, el curandero que actúa como médico, la desorganización del demandante que ya no sabe a qué ni a quién recurrir, y así); todo lo cual hace poco viable el camino de la articulación;
b) el destino opuesto. La puesta en palabras del prejuicio, la aceptación de la imposibilidad de pensar y actuar en términos del otro, al menos a costa de ejercer algún tipo de violencia sobre uno mismo.

Aquí traemos dos ejemplos que, quizás un poco a propósito, esta vez no se refieren a casos de salud mental.

El primero de ellos tiene que ver con las reflexiones, por cierto sutiles, de una de las médicas del Hospital de Las Coloradas.

Se trata de una internación, en el mencionado hospital, de una señora con diagnóstico de quiste pulmonar hidatídico en estado agudo. El diagnóstico fue compartido con la paciente que es hija de una curadora popular de la zona y es, ella misma, practicante popular en tal sentido.*

María Fernanda indica un tratamiento que no resuelve el problema. La enferma se mantiene activa, ágil, emprendedora durante esta primera etapa.

Posteriormente, y dada la evolución, se prescribe medicación que requiere suero, lo que le implica quedar "atada a la cama", aunque se le muestre reiteradamente la posibilidad de ambulación en tal sentido.

En ese momento, el diagnóstico de María Fernanda fue mostrando dos aspectos diferenciados: primero, que ella no podía dejar de hacer lo que estaba haciendo porque, según las normas médicas vigentes y actualizadas, era lo correcto (se refería, sobre todo, al tratamiento medicamentoso y a una muy posible derivación al hospital de la ciudad de Neuquén para eventual cirugía). Pero por otro lado, tenía una notable percepción del impacto emocional que tuvo dicho tratamiento en el estado general de la señora. Si bien ahora biofísicamente mejoraba, estaba "desalentada".

El punto clave, según creemos, es que María Fernanda incorpora efectivamente esta última cuestión a su diagnóstico clínico. Aceptando de frente su imposibilidad por encarar de otra forma la cuestión, inicia una serie de acciones, de encuentros, diálogos, articulaciones con su paciente, de tal forma de intentar cubrir, de algún modo, la brecha que la separaba de ella y que impedía aceptar una metodología estandarizada al respecto (véase el Anexo 2 sobre Departamento de Catan-Lil).

Agradecemos a la Dra. María Fernanda Hadad la posibilidad de reproducir la discusión.

Scanned with CamScanner

Apeló, pues, a una serie de recursos no convencionales pero que tuvieron cierta efectividad. Así, reconoce que lo que indica médicamente, si bien forma parte del universo cultural de la paciente, quien recurrió al hospital para ser tratada, puede ser insuficiente respecto de otros recursos que esta última podría necesitar. Además, un segundo aspecto tiene que ver con que esos últimos recursos no están dentro de sus posibilidades: logra explicitar, "hago sólo lo que sé". Finalmente, abre el juego de manera de permitir alternativas que no pueden venir exclusivamente de ella (así, "facilita").

El segundo de los ejemplos que aportaremos a esta discusión tiene que ver con reuniones institucionales que se llevan a cabo en un hospital de la región con el equipo de Atención Primaria en salud mental.[6]

La impotencia frente a la muerte hace que todo se torne difícil, aun lo que nos es más propio.

El caso en cuestión tiene que ver con niños provenientes de las reservas de la región. Ellos fueron tratados primero con curadores populares quienes, en algún caso aceptando su incompetencia frente al problema que se les presentaba, derivaron sus pacientes al hospital.

La posibilidad de entablar un abordaje conjunto fue escasa, por varias razones: por el estado de los pacientes, por el hecho de que la curadora declara, a su forma, a la enfermedad como fuera de su área de competencia, por el clima emocional con que es recibida la chiquita por el grupo médico hospitalario y por el tipo de relaciones intrainstitucionales que se desencadena a partir de allí.

Se plantean dos grandes centros de discusión: el diagnóstico y el tratamiento de los niñitos enfermos, respecto, sobre todo, de los campos de competencia de ambos sistemas de salud operantes en la zona. Respecto de lo primero se establece "daño" (en la versión de un "remolino" de viento que da vuelta alrededor de la persona, se mete en el cuerpo y produce el "daño") versus "sepsis".

Nos parece que en este sentido, es difícil negociar el motivo de consulta, adecuándolo al contexto médico propiamente dicho, sin traicionar, en todo o en parte, el planteado por el grupo-paciente (niña/madre/curador popular). Porque los diagnósticos a los que se apela chocan no sólo en lo que se refiere a los orígenes de la enfermedad (etiologías) sino que corresponderían a lo que podríamos llamar, con cuidado, diferentes "tipos lógicos": no es lo mismo "daño versus locura", que "daño versus sepsis".[9]

[5] También aquí agradecemos la posibilidad para reproducir las argumentaciones planteadas.

[6] Para aclarar esta distinción apelaremos a las ideas de Good y Good (1985) en cuanto a las perspectivas clínicas de la enfermedad.
Ellos sostienen que, *en todos los casos*, la labor clínica es fundamentalmente un proceso de interpretación. El cual puede adquirir varias formas.
Plantean, así, la presencia de un modelo empirista que consiste, en esencia, en considerar que los "síntomas adquieren su significado en relación con estados fisiológicos, que son interpretados como los referentes de los síntomas" (pág. 170). En el par "daño vs. sepsis", el segundo término es, sin duda, interpretado según este esquema.
En cambio, cuando nos desplazamos al campo de la salud mental, ya vimos que no hay acuerdo sobre las "reglas de correspondencia" entre síntomas y estados neurofisiológicos y comportamentales.

Sin embargo, un médico que en su recorrida periódica por el paraje hace la derivación al hospital, aun frente al hecho de haberse convertido en un centro de ataque respecto de estos casos, establece un acuerdo (puente) con la familia, que posibilita la internación en el hospital, acuerdo que incluyó mantener el diagnóstico y tratamiento popular, en primera instancia.

Existe un abismo entre el modo tratante del curador popular en la reserva y el del médico en el hospital; también, entre el enfoque del médico trabajando en terreno y el resto del equipo dentro del hospital.

No sabemos hasta qué punto el acuerdo sobre mantener el diagnóstico, e incluso, en primera instancia, el tratamiento popular significó en este médico en particular una violentación de sus propios conceptos y valores. Pero no dudamos de su intención de ayuda.

Esta pretensión por articular ambos modos, que según nos parece fructificó, fue duramente condenada por el equipo médico que recibe el "caso" dentro de los muros del hospital.

Tampoco dudamos de su intención de ayuda, pero sí adjudicamos a este último un desconocimiento de la situación de crisis. Es muy distinto opinar protegido por los muros del hospital a trabajar en el campo del otro.

Aquí se despliega el segundo punto de la discusión institucional, que tiene que ver con las terapias medicamentosas, negándose de plano la eficacia de la suministrada por la curadora popular. La cual, aparentemente, habría empeorado el estado general de la paciente.

Sin embargo, se tienen que hacer notar aquí dos cuestiones: no se conoció el estado previo a su ingreso al hospital ("muy malo" de acuerdo con la apreciación de la madre) y, por tanto, se desconocen los efectos de la medicación de la curadora popular (nuevamente la madre dice "que mejoró"), hasta el momento del contacto con el hospital, ignorándose el juicio lego de la madre, en tal sentido.

Se plantea, incluso, sobre bases jurídico-legales (apelando a la figura de "práctica ilegal de la medicina") la necesidad de evitar la ingesta de medicación recetada por las curanderas.

Así, estaban en juego dos posibles agravantes de la situación:

1) mala praxis médica (de quien intenta negociar el motivo de consulta a fines de la derivación del hospital);
2) mala praxis de la curadora, de quien no se haría juicio "si curara de palabra o con medicación psíquica".

Curiosamente no aparecen, al menos en las discusiones que tenemos registradas, otras dos cuestiones que nos parecen centrales:

Más aún, pensamos que el par "daño vs. locura" no puede analizarse con rigor desde estos parámetros.
La pertinencia de las variables socioculturales, las cuales no tienen cabida en él, lo hacen, al menos, insuficiente.
Por tanto, la labor de interpretación clínica, según lo señalan Good y Good (1985) y como nosotros tratamos de mostrarlo en este trabajo, cambia sustancialmente.
Los autores citados plantean, entonces, un modelo de práctica clínica basado en el significado. "Una antropología médica interpretativa que conceptualiza a la enfermedad no como un reflejo o producto causal de procesos somáticos sino como una realidad humana significativa" (pág. 174). (La traducción es nuestra.)

Scanned with CamScanner

- una de ellas, insinuada por el médico derivante, sobre el estado muy crítico de la familia de la paciente. Por ejemplo, el hecho de que se tratara de una chiquita desnutrida; aunque se elija, de entre los diagnósticos presentes, el más agudo, no puede dejar de plantearse en una discusión profunda, en donde se recurre al Código de Procedimientos Penal.

Creemos que, en tal sentido, el efecto tóxico de cualquier tipo de medicamento se potencia, aún cuando se tenga una mayor alternativa del control en los tests clínicos hospitalarios, en principio;

- la otra cuestión es la del desconocimiento de la realidad de la vida en el paraje por parte del equipo que recibe a la paciente en el hospital. Debe reconocerse que el acto médico institucional no tiene como límites geográficos al perímetro del hospital.

Si bien no se puede convertir a "la pobreza" en un diagnóstico clínico propiamente dicho, es cierto que suele reconocerse un deslizamiento, a nuestro juicio ilegítimo, entre las condiciones de vida tradicionales y la transfiguración que ellas han tenido en la actualidad, producto de la reproducción de tales modos de vida en las condiciones históricas contemporáneas, pero también en parte no despreciable, consecuencia de las condiciones de marginalidad vigentes.

Achacar las segundas a los "modos tradicionales de vida" se convierte en un recurso fácil. A tal punto que, en el caso que estamos presentando, no hay un reconocimiento positivo explícito del hecho de la articulación curandera/médico en el trámite de la derivación del hospital.

Aquí aparece lo que denominamos el "gran prejuicio": el problema y las consecuencias del respeto (o no) por los sistemas de prácticas y conocimientos del otro.

La pregunta es reiterada: ¿por qué no recurren, en todos los casos, al hospital?

Puede pensarse en cuestiones de principios y prácticas.

Creemos que, en realidad, se da una conjunción de ambos. Así, se cree exclusivamente en las prácticas populares, o bien hay una accesibilidad difícil al hospital en menor medida geográfica y en mayor medida por procedimientos registrados como cruentos (sueros, tests clínicos, pinchaduras, exámenes físicos, etc.), así como una incomprensión vincular, desestimación de los valores culturales, etc. Todo lo cual podría caer bajo el rubro de "violencia institucional".

Como consecuencia de lo expuesto, retomamos nuestra hipótesis sobre que no existe una igualdad de oportunidades en el acceso a la diversificación presente de sistemas de salud. Por el contrario, una actitud institucional, obviamente siempre bien intencionada (y esta afirmación no es irónica) pero con afán de control basado en parte en sus indiscutibles logros y, en parte, en una ideología dominante, que no hace más que conducir al fin contrario. Es decir, quitar posibles alternativas.

Se huye del sistema oficial creándose, paradójicamente, un *prejuicio complementario* en el poblador que decide no acudir al sistema oficial: "En el hospital se intoxicó" (prejuicio biológico), "en el hospital se trastornó" (prejuicio psicológico); "en el hospital no comprendió" por ejemplo, el diagnóstico, las indicaciones, etc. (prejuicio vincular); "en el hospital se perdió de hacer tareas, de cuidar a sus hijos, o días de trabajo" (prejuicio social).

Todo lo cual se torna más encerrado, literalmente, por el hecho de la internación. A lo que se suma, explícitamente o no, pero con igual efecto, la amenaza que pende sobre las prácticas populares en relación con pretendidas actividades ilegales.

Si bien es elocuente la opinión de uno de los participantes de las reuniones a las que estamos aludiendo, según el cual no es posible desconocer la legalidad formal vigente, esto es, los aspectos jurídicos que hacen sobre todo en este caso a las reglamentaciones profesionales y a las normatividades éticas, podría anotarse que:

- frente a la legalidad oficial existe otra, de hecho (real), que se transparenta en la amplia vigencia de las prácticas populares del cuidado de la salud, muy probablemente más allá de los resultados concretos al respecto. Si no desconocemos a la primera, no cabe obviar a la segunda. Este hecho es, simplemente, pertinente;
- pero, tal reconocimiento por parte del equipo formal de salud, sobre todo en lo atinente a sus integrantes profesionales, llevaría en forma bastante inmediata a una aceptación (amplia o restringida, según el caso) de otros efectores de salud. Con consecuencias nada despreciables.

En tal sentido, queremos citar en toda su extensión, un párrafo esclarecedor de Belmartino, Bloch, Persello y Carnino:[19]

"Para la profesión médica, esa autonomía (esto es, definir por sí sola los contenidos de su actividad con absoluta exclusión de la influencia de profanos) en la esfera de lo técnico y el reconocimiento social que la legitima, es el resultado de un largo y complejo proceso histórico, que permitió a un grupo particular de curadores ubicarse en condiciones de reclamar al Estado la protección de su práctica como única actividad legítima, destinada a dar respuesta a las necesidades sociales vinculadas a la salud/enfermedad".

Seguidamente, para el período 1920/1945, los autores mencionan tres espacios principales de conflicto, dos de los cuales parecen permanecer prácticamente en los mismos términos que en la actualidad: los curanderos y las actividades paramédicas (el tercero se refiere a la creciente complejización de la propia práctica médica).

Antes, como ahora, el principal recurso fue la apelación al Código de Procedimientos Penal, aunque resulte un recurso engorroso ya que debe probarse juicio criminal frente a cualquier causa que se sustancie como producto del curanderismo.

Nos parece que poco debe ser cambiado a la luz de las condiciones actuales. Pero sí queremos agregar algunas precisiones, la negación de las alternativas curativas presentes implica una autoafirmación sobre bases que no contemplan los fundamentos que han gestado una *sociedad fragmentada*, y, por lo tanto, que han hecho de la imposición una de sus herramientas privilegiadas.

Creemos que ya no puede sustentarse una apelación seria a cuestiones tales como creencias, supersticiones, resabios del pasado. Se trata de un

[19] S. Belmartino, C. Bloch, A. Persello y M.I. Carnino, *op. cit.*, pág. 33

Scanned with CamScanner

asunto de orden histórico-institucional, y como tal tiene que ser sopesado.

Un tema vinculado tiene que ver con esta misma negación, en lo que se refiere a la no legitimidad en la indicación de terapias medicamentosas; argumento que, usado tanto por los médicos respecto de los curanderos como de estos últimos respecto de los médicos, deja al descubierto una actuación *unilateral* de ambos sistemas. Se aumentan, por lo tanto, los espacios naturales de riesgo en que ambos, permanentemente, actúan.

6. Esto nos lleva a plantearnos la naturaleza de las relaciones que se establecen entre los miembros de una institución así perfilada.

El equipo oficial de salud es, en sí mismo, suficientemente heterogéneo como para que la racionalidad institucional no se presente siempre en forma masiva ni extrema.

Por un lado, el grupo no universitario (auxiliares de enfermería, choferes, camillas, agentes sanitarios) constituye lo que hemos denominado "articuladores sociales" ya que conocen, y muy de cerca, a esta otra realidad negada, en tanto forman parte de ella. El conflicto se siente fuerte, creándose, en algunos casos, severos dilemas morales, tal como ya señalamos.

Por otra parte, el grupo universitario (médicos, odontólogos, sanitaristas, etc.) generalmente migrantes de los centros universitarios del resto del país (pero sobre todo Buenos Aires), es decir, profesionalizados en un estilo urbano. Ellos tienen tan poca idea de los vastos procesos de contacto intercultural que se dan en la zona en donde trabajan como las vicisitudes que se crean en los aspectos psicosociológicos de la población que atienden.

Esta situación, que también es parte de deficiencias en la formación, suele, en ocasiones, revertirse a partir de una búsqueda fundamentalmente personal al respecto.

Este perfil de profesionalización podríamos incorporarlo a un proceso general de "modernización subdesarrollada".[11]

La pasión por la uniformización a la que aludimos al comienzo de este trabajo tiene que ver, en gran parte, con la necesidad de construir identidades profesionales acordes con el modelo institucional —el cual, por otro lado, provee de pocas opciones para ello—, atendiendo a las necesidades y ambiciones personales y familiares, pero también a aquéllas generadas por una dinámica institucional absorbente y, sobre todo, inapelable.

Por otra parte, y en forma igualmente inescapable, deben coexistir con un conjunto de agentes populares de salud, en una situación de continua confrontación. Ellos, además de gozar de un sostenido respeto de la población, tienen una legalidad "de hecho" y son los que conocen más íntimamente los resortes que pueden llegar a motivar la recuperación de la salud de sus pacientes. Son ellos los que, según pensamos, saben de las teorías de la curación e "ignoran", en algún sentido poco preciso, las causalidades etiológicas de las enfermedades. Comparten, así, con el paciente, la disposición a la cura porque *comparten la forma de plantear los problemas al respecto*. Disposición, técnica propiamente dicha, vincular y cosmovisional. Y, esta cuestión, otra vez, no es desdeñable.[12]

[11] W. Arrúe y B. Kalinsky, "Salud, sistemas locales de conocimiento e identidad sociocultural: una experiencia participativa de investigación", *Cuadernos de Antropología Social*, en prensa.

[12] "Cómo se siente autorizado un curador popular, de dónde se siente autorizado...

Situación que se invertiría en el caso del equipo médico oficial.

Como, según pensamos, las teorías de la enfermedad no conducen a las de la curación, parecería que estamos proponiendo una suerte de incongruencia histórica: un espectacular desaprovechamiento de alternativas sociales y una ceguera respeto de los delineamientos políticos en cuanto a salud y sociedad se refieren, a pesar de que, tanto en un grupo como en el otro (curanderos y médicos) se dan situaciones particulares de flexibilización que llevan al re-conocimiento del otro y, de allí, a solventar, en ocasiones, una acción conjunta.

Otra vez, parafraseando a Foucault: ¿qué nos es imposible pensar?; y ¿con qué tipo de imposibilidad nos enfrentamos en este caso?

¿O es que estas preguntas no tienen respuestas?

No obstante, creemos que en este momento somos capaces de presentar una *primera sistematización de contenidos*, que puede proporcionar alguna especificidad *a las preguntas*.

Ello es importante en cuanto a su colaboración potencial en la dilucidación del problema planteado. Y, por eso, le dedicaremos el resto del capítulo.[13]

Negación de "esa otra" realidad

a) *dificultad para identificar a los curadores populares de salud*

Si los "pares" no existen, tampoco la otra medicina.

La mirada médica se cree capaz, por sí misma, de legalizar una realidad. Por tanto, la no-mirada es una manera (ilusoria) de impedir la legitimación

---

Generalmente, la gran autorización es que la gente confía en él, no existe formalmente ninguna otra; nada más y nada menos. Es una autorización que la da el pedido, la demanda..." (testimonio registrado en San Martín de los Andes).

"Yo entiendo que el curandero es una persona que nace de la buena fe que tiene para curar..." (idem)

"Mi papá me cuenta que él (el curandero) estaba en la casa de Junín (de los Andes), allí, curando a una persona, y viene gente de muy lejos, y le dijo él 'usted se vuelve, váyase nomás, porque cuando venían por el camino, venían hablando mal de mí'." (Grupo de investigación. San Martín de los Andes.)

"Casi todos los yuyeros tienen muchos secretos. Cuando uno va de un yuyero le dice: 'espere ahí un ratito'... Y, después, viene y le dice 'usted tiene que tomar tal y tal cosa'. Cuando uno se va a curar al yuyero, él no lo revisa, no lo toca, como hace el médico, que pone el estetoscopio, lo tantea, lo escucha. El yuyero es totalmente diferente, dice 'pasá'. El entra adentro, y al rato vuelte: '¡Tomá esto a tal hora!'" (Idem.)

"Hay enfermedades que cura bien la médica. Hay remedios para el empacho, hasta para personas grandes. Por ahí el doctor lo encuentra con fiebre, y por ahí hace alguna cosa bien, pero con el ojo no puede el doctor. Entonces, va con uno que sabe curar el ojo, que ahora hay muchos que curan el ojo, y se sanan. El empacho, igual." (Idem.)

Aquí la referencia importante es a la base política de la práctica a "las médicas" antes que a la "meta" eficacia simbólica (fundada también en la comunidad).

[13] Las transcripciones son textuales. Se han omitido repeticiones innecesarias o que hacían cansadora la lectura. Pero no se suprimieron cuando hacían a diferencias de énfasis.

Scanned with CamScanner

del campo popular en cuanto a sus prácticas de salud.[14]

Por el contrario, nos parece que la medicina popular tiene una vigencia (legitimidad) que no depende de los mecanismos de legitimación institucional de la medicina formal.

"—Cómo se identifican esas personas que tienen el arte de curar, como vos decís. Cómo las identificás en una población, cómo llegás a ellos y, ¿para qué llegás?"

"—¿No es una manera dulce de definir eso de la medicina popular?

—No sé, pero me da la sensación de que en cierta manera llegamos a legalizar un poco eso. No sé si ante nosotros, o ante la gente, o ante los dos".

Así, "yo soy el único que existe". Dar identidad profesional por un procedimiento negativo: al no dar cuenta de la existencia del otro, yo soy el único.

"—Yo pienso que, por ahí, si uno puede revertir, aceptando al curandero, o incorporándolo como una posibilidad terapéutica.

—¿Incorporándolo adónde?

—A la sociedad.

—Y, vos pensás que la incorporación del curandero, o de la medicina, popular, ¿dependería de una aceptación por parte del equipo médico formal?

—De todos.

—De los dos lados. Porque yo puedo aceptarlos y ellos ignorarme".

"Esa persona dentro del sistema oficial de salud, también se puede morir. Pero sí sabe que se va a morir, y por qué se va a morir. Mientras que en lo otro, es tal la incertidumbre, que uno dice 'si se hubiera hecho otra atención, por ahí no se hubiera muerto, pero lamentablemente llegó (al hospital) en ese estado'. Ahí sería el conflicto entre el sistema de salud".

Así, la clave pasa por el miedo a la incertidumbre resuelta también sólo ilusoriamente, por lo propio (es decir, la medicina científica); negándose a que la opción del otro dé respuestas, de igual o distinta índole.

Hay, entonces, una autoadjudicación de "la verdad".

b) *temor por sobrevalorar la medicina popular*

Al hacerla, por ejemplo, objeto de una "investigación científica"; o bien,

[14] En tal sentido, pensamos que el campo de la salud es donde más duramente compiten los sistemas oficial y popular.
De hecho, desde las prácticas populares es el que se mantiene con organizaciones propias (redes sociales de salud) capaces de hacerle frente al sistema oficial. No ocurre lo mismo con otros ámbitos, como la educación, la justicia, etcétera.
Y, desde el orden institucional dominante, como vimos, los médicos gozan de una autonomía capaz de otorgarles fuerza jurídica de impugnación.

el temor "opuesto" de descalificarla al compararla con los parámetros científicos.

Aquí, el prejuicio se aplica también a los propios cánones científicos, ya que se los considera como fuente inexcusable de un estatuto cognoscitivo óptimo.

"—Por ahí, la estoy calificando mejor de lo que merece y estoy haciendo un mal a la sociedad.

—Usando el método científico la descalificamos".

También se plantea que el método hipotético-deductivo es el único que garantizaría la correción de los enunciados (conocimiento científico); por consecuencia, cualquier otro sistema de conocimiento que se aleje de él va perdiendo progresivamente validez.

A través de la experimentación rigurosa se comprueban, científicamente y en poco tiempo, las hipótesis y se construyen las teorías. La ciencia facilita, entre otras cosas, una suerte de aceleración de los tiempos.

En cambio, una práctica popular incorpora su saber pero sin poseer mecanismos de confirmación.

"Cuando vos decís de otro sistema de conocimiento, yo no sé si te referís a que hay otro sistema de conocimiento aparte del científico.

Podés decir que hay un conocimiento popular, pero no deja de alejarse del método hipótetico-deductivo."

Vinculado a la descalificación del sistema popular de salud, aparece el correlato en cuanto a los objetivos de la investigación que se está proponiendo (sobre todo, en lo que respecta a la articulación entre ambos sistemas oficial y popular): no aceptándolos, como objetivos válidos.

"—¿Vos querés saber cuántas curanderas hay?

—¿Querés que entren en el nomenclador nacional? Querés saber quién tiene más plata.

—¿Querés saber cómo trabajan? No entiendo. Y, bueno viejo, definite y punto.

—Vos querés saber si hay, si no hay, ¿qué querés saber?

—¿Tenemos que hacer un censo de curanderos?".

Reconocimiento implícito, aunque descalificatorio, de "esa otra" realidad

"A lo que voy es que, como médico y como lucha entre dos sistemas lo que yo puedo hacer es regentear ese sistema para que no me entre en una patología desahuciada en el hospital."

"Lo real es que también ante una patología orgánica, cuando pasó por una curandera y llegó al hospital, llegó desahuciado."

Una forma diferente aparece en un deseado, pero supuesto, control que hace el sistema oficial sobre la medicina popular.

Acá vale la precaución acerca de que, por lo general, la demanda a uno

Scanned with CamScanner

de los sistemas aparece, muchas veces, después del fracaso en el otro. Es difícil, entonces, que un efector pueda "contabilizar" los éxitos del otro sistema. Sólo toma contacto con una población clínica que viene del fracaso, si es que el poblador está de acuerdo (pocas veces) en comentar tal cuestión.

Como consecuencia, se tiene una visión sesgada de los resultados que alcanza el otro sistema (popular).

"También tenés que saber cómo se está manejando. Qué medios utiliza. Si medica o usa palabrería o medicación psíquica, nada más."

Sería como que un abordaje acerca de problemas que exceden "lo psicológico" o "lo de la fe" es patrimonio exclusivo de la medicina oficial.

Si se acepta el vínculo que tiene el poblador con el curador popular, el médico debe establecer sus límites, controlándolo con indicaciones sobre lo que el poblador debe aceptar, o rechazar, del curador, sobre todo en lo que respecta al tema de la medicación, a partir de lo que podría llamarse "confianza limitada".

El derecho del médico a controlar surgiría de esta (aparente) confianza: de entender a qué van ellos (los pobladores) al curador popular. Y, otra vez, en una autoadjudicación (del médico) de las mismas razones que motivan al otro, arrogándose la comprensión "correcta" de sus prácticas.

"—Lo que nosotros vemos mucho acá... por lo menos yo lo veo mucho, es que el chico se interna mal, sale adelante, y en el momento en que sale y ya hay menos problemas con el chico, es frecuente que me piden permiso para ir a la casa de la tía, y por supuesto uno les da el permiso, aunque sabe perfectamente que no van a lo de la tía sino que van a lo de la machi. Entonces, más o menos, el plan es decirles 'si hay una señora machi en la casa de la tía, y le quiere curar el empacho o el ojo, que se lo cure pero que no le dé nada de tomar'; de alguna manera pienso que es una actitud más coherente. Porque si yo le prohibo que vaya, se va a escapar del hospital y si le da mil quinientas cosas se las va a tomar. En cambio, si hay un planteo de confianza...

— Sería una confianza limitada.

— No, de confianza en cuanto a que... yo les doy a ellos la confianza de que pueden hacer esto, y ellos adquieren más confianza conmigo, más confianza personal...".

"—(...) después el chico salió adelante.

—¿Gracias a qué? ¿Sabía curar la pata de cabra?

—No, no sabía (el médico).

—¡Ah! No sabía.

—Pero la mamá creía que sabía.

—Y, si sabía curar la pata de cabra, y fue a ustedes ¿qué les dijo que no sabía?

—Por ahí... puede ser".

Otra versión de la misma cuestión tiene que ver con los términos de competencia que se plantean entre el médico y la curandera: quién sabe más.

O bien, en un planteo más velado pero que tiene el mismo resultado: como que si yo no sé de esto, no le dé el té que le receta la curandera. Se da una suerte de "acaparamiento" del saber de uno pero también del otro, aunque sea frente a la ignorancia.

"La mujer (curandera) puede hacer solamente lo que yo sé. También le digo lo que no sé, pero con la prohibición de que, como no lo sé, ella no lo haga."

Finalmente, otra de las formas en que se manifiesta el afán de control es, directamente, a través de una opción de integración.

"—Pero es que yo no hablo de sometimiento, ni hablo de desprestigio, hablo de una incorporación.

—¿De quién a quién?

—... Lo que yo estoy en contra es decir 'ellos se arreglan con curadores, con tecitos, cerquémoslos donde están, ahí que pongan su farmacia yuyera, con su hospital-curador, y que se las arreglen...

—Esperá, vamos por partes. Uno de los puntos, que me parece perfecto, de lo que vos planteás es el 'si quieren' ..., eso cambia mucho las cosas.

El asunto es, y donde por ahí difiero, por lo menos en lo que estás expresando cuando decís 'incorporarlos'; creo que la cosa no pasa por incorporarlos, sino por producir... por lo menos, no sé, llegar a lo que sería un logro fantástico, a una integración de las dos culturas, si no, por lo menos, a un respeto mutuo de las dos culturas.... Es que la integración es de ambas partes, no sé cómo lo entendés...

—Yo quiero que me entiendan. Yo no la conozco a la señora (la curandera). Yo creo que es muy fácilmente integrable; porque si bajo mi punto de vista y mi raciocinio, fundamentalmente lo que hace es ejercer una función de apoyo a nosotros; quizá, por una incapacidad nuestra, o por una mala predisposición de quien escucha, o qué sé yo qué, nosotros no la podemos desarrollar."

Desde este punto de vista, se confunde la búsqueda del respeto por la diferencia con el aislamiento del otro.

Por otra parte, también es cierto que algunos piensan que, aunque la integración entre los dos sistemas de salud sea inevitable, además de correcta es necesaria cierta humildad en este reconocimiento.

El problema de la medicación

"—Y esas medicaciones que dan las curanderas, ¿en todos los casos son nocivas?

—Sí, casi siempre. Yo diría siempre. Los casos más frecuentes es que digan que el chico está empachado. Perfecto, todo el mundo sabe qué es el empacho, hay una forma de curarlo, y todo el mundo sabe cuál es.

El planteo es decirles 'si les van a curar el empacho, que se lo curen, midiéndolo, tirándole el cuerito, pero que después no le den ningún té. Porque le dan té de toronjil, de paico, y todos son tóxicos. Nosotros

Scanned with CamScanner

tuvimos muertos por eso. Si lo van a hacer que lo hagan, pero con un límite que se lo ponemos nosotros porque, bueno, les dimos la confianza de entender a qué van ellos (a los curanderos).

—Yo estuve trabajando con algunas curanderas, y lo que ellas me plantean es que los medicamentos que damos nosotros son nocivos.

—Algunos medicamentos que se dan en el hospital, y en los consultorios privados, también intoxican.

—Claro, si se dan mal, y en malas dosis, por supuesto.

—Claro que tenemos pacientes intoxicados con toronjil o con alguna cosa de ésas, pero yo creo que la gran mayoría de los pacientes que se ven tienen consultas con machis, y no se intoxican. Y ni sé cuántos verán ellos intoxicados por nosotros.

—Pero la cosa mal dada, siempre hace mal. Sea toronjil, sea aspirina.

No creo que haya que ser tan omnipotente y decir 'lo que hacen ellos, como no salieron de la Universidad de Buenos Aires, está mal hecho'..."

"Entonces, dicen que para determinadas enfermedades ellos usan yuyos, lo plantean como una razón política: le da a la clase popular elementos de autogestión, y la independencia de los grandes monopolios (laboratorios), que son de dependencia del sistema capitalista."

"Nosotros no sabemos qué cantidad de té le tenemos que dar al bebé. Entonces tratamos de que no se lo den... porque no saben la cantidad necesaria para no intoxicar al bebé... Nosotros le decimos que por ahí los adultos sí los pueden usar, pero que en los chicos, no".

La ignorancia de unos, adjudicada a los otros.

"...Yo no veo para nada mal que haya una curandera en la zona. Si cura de palabra, me parece perfecto..."

"Bueno, a los poquitos días le suspendí eso que le habían dado y guardé los líquidos. Y a los dos o tres días, cuando la chiquita ya estaban en San Martín de los Andes, aparece la señora ésta (la curandera) y yo le pregunté a ella: qué era lo que le había dado.

Me presenté, le dije que era la pediatra del hospital, fui en son de paz, y le pregunté qué era lo que le había dado.

No me quería decir qué era lo que daba. Pero le pregunté porque le dije que era importante para la chiquita.

Le dije directamente si lo que le había dado era toronjil, y entonces, me dijo que sí. Que una de las cosas que le daba era toronjil.

Y después, interrogando, interrogando, qué era esa cosa que tenía un olor tan fuerte, y le mostré los frasquitos. Le dije: 'vio, yo tengo una muestra de cada uno acá'. Y, entonces me dijo: 'éter'. No sé de dónde lo saca el éter. Por ahí es una planta que ellos llaman 'éter'. No sé, o algo similar..."

Superación de "esa otra" realidad por medio de la educación

Un argumento tendiente a desterrar a las prácticas populares de salud tiene que ver, drásticamente, con la conocida fórmula "civilización o barbarie".

"—También pienso que si uno lleva más educación a la gente en cuanto a la salud: ¿vos pensás que esas otras personas que se dedican a curar también van a tener tanta cabida?"

Otro planteo similar es el de interpretar que fueron relegados durante muchos años y, por ende, no pudieron tener acceso a una cultura "superior". Ahora, tendría el derecho al mismo estándar de vida que nosotros, es decir, de acuerdo con los patrones de nuestra propia organización socioinstitucional.

Lo del otro, en salud, en trabajo y en otros aspectos, ha sido y es, injusto. Entonces, si uno puede darles acceso a una medicina mejor "no sé por qué tenemos que evitar que tengan acceso a eso".

"—...No le echo la culpa a este tipo de medicina, porque forma parte de un todo, en el cual estos pueblos fueron sumergidos en el atraso, fueron sometidos a un tipo de opresión muy bien digitada, en la cual siguieron siempre así, y se los tiene como si estuvieran... hace un montón de años atrasados..."

Integración versus aislamiento

"Yo tengo una duda bastante cruel que se me planteó con muchos casos, sobre todo con los chicos discapacitados.

El problema del respeto, o no, de las creencias, y de las costumbres para mí es un arma de doble filo, para mí particularmente. El problema es el siguiente: nosotros, incluso más de una vez, nos rajamos las vestiduras como para decir que había que respetar todas las creencias y las costumbres. Pero el problema es que de la única manera que vos se las puedas respetar a esa creencia y esa costumbre, y que el tipo no esté marginado de la sociedad en que está empezando a vivir, afuera de su tribu, es que el tipo siga viviendo aislado. Es la única manera, porque si a ese tipo le enseñás que hable mapuche, que tenga sus creencias, vos lo trasladás a un centro urbano, ese tipo es un discapacitado total. Ese tipo no sirve para nada. Por supuesto, ese tipo en su medio es el mejor para criar sus ovejas, para hacer lo que sea, para hacer sus telares. Pero si vos lo trasladás a la 'civilización' que nosotros llamamos, a ese tipo lo transformás en un marginado total. Ese es el tema que a mí me preocupa muchísimo y que lo vengo pensando desde hace tiempo.

Y, me parece que este caso se puede dar como ejemplo. Vos planteabas que respetabas que el tipo creyera que tiene un 'remolino'. Pero yo creo que para vos poder instituir un tratamiento, que encima pueda llegar a ser muy agresivo, como puede llegar a ser la cirugía, colgarlo de una pata o cosas por el estilo...

Scanned with CamScanner

O que ella lo llame 'remolino'... pero lo que tiene es sepsis, una pulmonía y tenés que tratarla con antibióticos. Lo que pasa es que por el ansia de respetar eso... las creencias..."

Temor a la confusión

Tiene que ver con un mecanismo en el cual el solo contacto con "esa otra realidad" conlleva el peligro de la desfiguración del propio perfil profesional.

También tiene que ver con la necesidad de conocer lo del otro, en tanto tendría aplicación en un contexto "científico", siempre y cuando, a partir de tal conocimiento, lo cambiáramos.

Aunque, también implicaría un desencuadramiento de los propios médicos. Y esto implica peligro.

"¿Qué fin práctico le podemos aplicar? Probablemente ninguno, porque nosotros para eso tendríamos que despojarnos de nuestra investidura..."

Otro punto afín es el reconocimiento discriminado del *cambio histórico* de los sistemas populares de salud. Así, se lo acepta en otros sistemas populares, no en el que les es pertinente.

"La acupuntura, de la historia de China, ya no es la acupuntura actual. Tiene un período largo de investigación y bueno, con algunas dudas o no, pero indudablemente ha cambiado mucho..."

Culto a la racionalidad institucional hegemónica

Persistencia de un monto ineludible de irracionalidad por el cual se persiste, incomprensiblemente, en ciertos hábitos como por ejemplo el acudir a formas alternativas del cuidado de la salud.

Es la "irracionalidad" remanente que lleva a la consulta con el curandero, aun en forma relativamente independiente de los resultados. Consideramos que la idea de racionalidad que aquí se plantea tiene que ver con la comprensión y fundamentación de las relaciones causa-efecto de los fenómenos del mundo. Y que el mundo es, en esencia, causalidad.

"Aquí va a provocar un gran revuelo el hecho de que, de repente, los pediatras que hay ahora dan tecitos y aceptan los yuyos. Entonces, a partir de ahí, puede llegarse a un sálvese quien pueda; o, 'para qué vas a ir al pediatra, si total el pediatra acepta estos yuyos, dice que son buenos, entonces tomálos, la otra vez Fulanita le dijo que tomaba yuyos y no le dijo nada, entonces vamos a probar con esto, porque llueve, porque hace frío, y para qué voy a ir al hospital...'."

Desvalorización de los recursos utilizados por los curadores populares de salud

Ellos parecen ocupar el espacio con su paciente "sólo" con el vínculo, en lugar de los recursos más propiamente técnicos usados por el médico.

Así, la medicina popular se presenta como la prehistoria de la medicina científica. Argumento, además, que es utilizado por la propia teoría antropológica clásica, en el sentido de que la medicina culta de una época sufre un procesado paulatino de "folklorización".[15]

"Es probable que para lo que sea un mal de amores, una curandera pueda darle más espacio y tiempo a ese paciente de lo que pueda dar un médico en un consultorio con una pastilla."

"Esa señora (la curandera) fundamentalmente lo que hace es ejercer una función de apoyo... Entonces, ese tipo de curación a mí me parece totalmente positiva, totalmente positiva... ¿Por qué? Porque no corro riesgos... Pero a lo que yo voy es a que, por nuestra formación científica, no tenemos la capacidad para manejar lo mágico. Es una capacidad más intuitiva que otra cosa, la que tenemos para manejar lo mágico, la palabra... Y seguramente esa señora que vos decís tiene una experiencia de años en manejar la palabra..."

"Acá se cortan y le ponen azúcar en las heridas... Que venga una machi y le baile un malambo al tipo arriba de la cabeza y, bueno, si le hace bien, y el tipo cree que le hace bien... En nuestra cultura puede prescribir únicamente el que se supone que está capacitado para ello; en la de ellos el que posee el secreto..."

"¡Ah! La señora (nombra a la curandera) me encanta, porque ella es la machi mayor y al hijo y los nietos los trae a todos, para darle algún comprimido o alguna cosa."

Persecución y figura del "ejercicio ilegal"

"A mí me contaron que lo llevaron preso, a Neuquén. Y dicen que lo llamaban a hacer declaraciones. Y el comisario tenía un libro en la mesa. Y él (el curandero), como disimulando, puso la mano en el libro, porque vio que el comisario tenía la mano ahí, tocando el libro. Entonces él puso la mano así, y le descubrió la enfermedad que tenía. Por la electricidad que tiene el cuerpo. Le dice 'porque Ud. está enfermo y le da vergüenza decirlo a los médicos lo que tiene'. El comisario respondió '¿cómo sabe?'; 'Ud. tiene hemorroides', y era cierto, tenía hemorroides."

"La hija (del curandero mencionado en la cita de arriba) se dedicaba a la alfarería pero también a la curación.

Sí, sí, eso no lo dejaba. Porque alguien me dijo que tenía un secador de cabello. Y me fui para ver si lo vendía. Y me dice 'no, esa es mi

[15] George Foster, *Tzintzuntzan. Los campesinos mexicanos en un mundo de cambio*, México, Fondo de Cultura Económica, 1972.

Scanned with CamScanner

arma de salvación'. Una cosa así me dijo, 'porque como a mí la policía a veces me molesta porque curo, yo les digo que no, que yo trabajo de peluquera'."

Una enfermera (ya jubilada) cuenta, en el grupo de investigación en San Martín de los Andes, que en una oportunidad quien era entonces director del Hospital la llamó y le mostró una nota que le había hecho llegar un poblador, en la cual consta una denuncia por ejercicio ilegal de la medicina: la acusaba de curar el empacho, el mal de ojo, etcétera.

Entonces, el médico la amenazó, diciéndole que esa nota podría costarle el puesto. La enfermera, primero, le respondió que no había matado a nadie. No como los médicos "que tienen permiso para matar, porque total en el certificado de defunción ponen 'paro cardíaco' y se acabó el problema". Para terminar dijo "no le permito que me amenace ya que Ud. sabe muy bien que yo curo a sus nietos". El médico se retiró y no se volvió a hablar más del tema.

También se considera ejercicio ilegal al acto del curador popular de indicar medicación de patente.

"—Estuve observando que algunas curanderas están dando medicamentos formales también, ¿no?

—Y bueno, eso está mal también.

—Sí, yo creo que sí. Está mal. Eso es automedicarse, y estamos totalmente en contra de la automedicación.

—No es una automedicación, porque se lo dio la curandera.

—Pero digamos que es una medicación no pensada ni siquiera por alguien que se supone que está preparada para darla.

—Un ejercicio ilegal.

—Un ejercicio ilegal de la medicina; vos podés dar calcio o lo que quieras, pero tenés que tener carnet para darlo. Sin carnet no se puede..."

En principio, la persecución no sería la forma "ideal"para terminar con las prácticas populares, porque hay otro elemento: la resistencia. Así, el curador popular es acusado de cometer el error de plantear falsas esperanzas al paciente así como se acusa el poblador de creerlas.

"Si no hubiera existido una persona que le diga 'yo estoy rezando, te voy a curar', yo creo que por ahí hubiera sido más fácil que este tipo hubiera aceptado (acudir al hospital)...

—Fantástico. Pero pongamos las cosas en lo concreto, en lo real de todos los días. Más allá de lo que no hace en el consultorio, esta persona, que por ahí en este caso hizo algo equivocado, como otras que nos comeremos nosotros, es responsable de eso. ¿Existe o no existe? Sí, existe. ¿Qué forma hay de que no exista? No sé, persiguiéndolos, quizá; poniéndolos fuera de la ley; pero hasta cierto punto, porque aparece otro, existe la resistencia..."

—A mí el tema me genera una duda que voy a plantear acá. Yo creo que está bien respetar la creencia, creo que se sabe que es muy difícil cambiar la creencia de la gente. Ellos van a seguir creyendo...

Pero la duda que se me plantea a mí tiene que ver con la evidencia de que se medica. Sí, nosotros ante esa evidencia, ya sea medicada con toronjil, té de paico, o con lo que sea, pero es medicado. Eso es ejercicio ilegal de la medicina. Y nosotros tenemos responsabilidad. Es decir, nosotros somos la autoridad sanitaria y tenemos responsabilidad... Si sabemos positivamente de que hay una 'médica' que está medicando y no hacemos nada.

—Somos cómplices...

—Y acá no es que estemos respetando las creencias.

—En el Código Penal, en el artículo 208 dice: 'figura delictiva: ejercicio ilegal de la medicina. El que sin título ni autorización para el ejercicio en el arte de curar, excediendo los límites de su autoridad, prescribiere, administrare o aplicare medicamentos, aguas, electricidad o hipnotismo, o cualquier medio destinado al tratamiento de las enfermedades de las personas, aun a título gratuito'.

Eso es curanderismo. Por lo tanto, llamémosle como vos quieras, pero para el Código Penal lo que hace la curandera es curanderismo, incluido en el ejercicio ilegal de la medicina."[16]

"Creo que el tema es bastante serio... Yo creo que la interacción tiene que existir en la medida... Si vos en este momento hacés la denuncia, y bueno, probablemente pierdas 70% o 90% de la población con que estás trabajando. ¡Eso es muy jodido! Es posible no hacerla. Pero, vos tenés una serie de convicciones. Vos tenés que tratar que esas convicciones que tenés y que vos creés que son la realidad... llamémosle una especie de catequesis, llamálo como quieras, pero tenés que tratar de imponerlas a todos sus miembros. Yo creo que vos podés decir: '¡miren!, tiren el cuerito pero no le den nada de tomar'. Trabajar para que se imponga tu manera de hacerlo... Porque yo creo que es grave que haya tés...."[17]

Reconocimiento explícito de "esa otra" realidad

"Yo lo que planteo acá es una cosa muy concreta: no estoy de

[16] Nótese que no se hace ninguna discriminación entre el "curanderismo indígena", rural y profundamente enraizado a la cosmovisión local con aquellas formas urbanas e importadas (quirománticos, tarotistas, etc.).

[17] Aquí sería importante insistir en que el tema no debe ser enfocado desde un sólo punto de vista.
En palabras de Menéndez (1986). "Serían, entonces, los sectores rurales y urbanos de menores ingresos económicos, con menor nivel de vida (en términos de alimentación, vivienda, infraestructura, educación, etc.), con mayores fluctuaciones en su inserción y período ocupacional aquellos que evidenciarían el menor nivel de cobertura institucional médica y privada. Serían además los sectores donde se darían las mayores tasas de mortalidad general y etárea".
Como vimos, en nuestra zona la cobertura de la red institucional pública es muy amplia y no hay, casi, práctica privada. No obstante, el resto de la cita puede ser aplicado a ella sin cambios.
En síntesis, las quejas de los médicos *no son banales*. Quizá, por lo que estuvimos analizando, deberían ponerse en otros términos. Pero esta última es una labor que recién comienza a tomar fuerza.

Scanned with CamScanner

acuerdo con que no vienen al hospital porque están muy lejos. No vienen al hospital porque no creen en nuestra medicina. Ellos creen en el tratamiento de la curandera. ¡Y no hay vuelta! Y nosotros estamos ahí si la curandera no anda bien. Pero creen en el diagnóstico de ella. Vienen y controlan al chico pero cuando está enfermo, mal, la van a ver a la curandera. El día que fui a la visita médica la vi en la ruta y me saludó. Después me enteré que iba a lo de la curandera. ¡El día de la visita médica!, es decir que tenía acceso... Ibamos arriba, a cien metros de la casa (se refiere al puesto sanitario en una de las reservas!, no podés decir que estaban lejos, estaba cerca, muy cerca. Y hay sectores que tienen más creencias todavía y vienen a los controles porque se da la leche; y no vienen por otra cosa.

Entonces, para mí el diagnóstico es más completo. No es que no vienen acá (el hospital) porque están lejos, porque el campo, porque están acostumbrados. Ellos creen en eso. El diagnóstico de ella es que tiene un 'remolino'. ¿Qué le voy a decir: que tiene neumonía, que está séptica? 'No, tiene un remolino'."

(El médico que está hablando cita, siempre, a la curandera por su nombre.)

"Yo he visto muchas veces que cuando vienen la madre y la abuela al consultorio, el nivel en que se da la entrevista, es una interconsulta de la abuela, con el médico. O sea, no vienen a ver qué le hace al chiquito, viene a interconsultar con el médico. A ver si el médico está de acuerdo con el diagnóstico y su tratamiento. Y la madre, ahí mirando. En la base de la pirámide está la autoatención, o la atención familiar..."

"No vienen a buscar que le tires el cuerito, o que con la cintita le levantes el estómago. Entonces a lo que vienen a nosotros es a buscar el medicamento. Cuando no quieren eso, van al curandero."

"Creo que el 'daño' lo curan ellos, no nosotros. Y la gente lo dice. Yo los respeto. Hay algo muy importante que es el vínculo con las personas. Me doy cuenta de que cuando uno, de repente, comparte ciertas situaciones es mucho más afectivo, mucho más útil, me conforma mucho más. A través del agente sanitario he aprendido muchas cosas y a través de eso he aprendido sobre mucha otra gente. Esa es mi experiencia. Puedo estar equivocado."

Búsqueda de alternativas

"No estoy de acuerdo con lo que planteás. Porque así no me respeto a mí mismo. Digo, 'tiene un remolino', no puedo hacer nada y se acabó. Yo dije: 'tiene un remolino pero además tiene una sepsis'; y a la sepsis hay que tratarla. Porque si no me burlo de lo que hago. Si te digo que vayas a verlo a Garrincha, ¡no vas a ir! Porque no creés en él. Pero si te digo: 'andá a verlo a Favaloro', ahí sí. Te sacan la tripa pero te opera Favaloro. Y bueno, eso es lo que pasa acá. La gente en el pueblo va a ver a la curandera... Y la curandera me manda pacientes a mí... y el padre de la curandera se atiende conmigo. ¡Conmigo se atiende!

Tenemos que tener cuidado que esta situación no nos margine a nosotros."

"No nos olvidemos de esto tampoco: que nosotros al tratar de ampliar y de integrar esa forma de curación estamos tratando de abrir. Algunos lo logran y otros no tanto. Pero hay que ver si todos los demás abren ese pedacito. No todo el mundo hace lo mismo. Además, pasa lo siguiente: vos te encontrás con que la chiquita, que habrá tenido un 'remolino' en su momento, ahora tiene una sepsis. La curandera te la mandó, vos la trajiste y la internaste. Pero, 'ojo', hay gente que no sabe de sepsis. A eso quiero llegar. Porque decís: 'no sé curar el daño', entonces la derivo. Pero, 'ojo', hay que tratar de que el otro te derive las cosas que no sabe. Porque además está lo que se llama 'rol'. Vos no curás el 'daño', porque tenés guardapolvo blanco y un estetoscopio... Con todo lo que sabés, pero además con toda el áurea, con todo el pensamiento mágico que hace la gente de vos. Así como vos tratás de no invadir, que no te invadan a vos, que no invadan los campos."

Uno de los participantes sintetizó en forma magistral el pensamiento médico sobre este tema:

"Mi impresión es que voy a respetar las costumbres de los distintos pueblos; pero una cosa es muy cierta, y pasa en todas parte del mundo. La cultura que venció es la que después te domina. Y entonces, te guste o no, sigue pasando. Por eso, aunque la ley esté hecha por los vencedores, ¡no te podés burlar!..."

Scanned with CamScanner

VII. Los abordajes conjuntos: la cogestión intercultural de la salud en el marco de la Atención Primaria

1. Introducción

Llamamos abordaje conjunto a la intervención discriminada, simultánea o alternada, de los curadores oficial y popular en la atención de la salud. En consecuencia, el poblador recibe el cuidado de más de un sistema de salud. Es un recurso de la atención primaria en un medio intercultural como es el nuestro, y donde conviven distintos grupos humanos: blancos, mestizos e indígenas; gente del campo y de la ciudad; americanos y europeos; argentinos (de la región y de otras muy alejadas) y chilenos; católicos, evangélicos, pentecostales y ateos, entre otros tantos criterios que podemos usar para nombrar las diferencias entre las personas.

Región de alto crecimiento demográfico, en especial debido al flujo migratorio, también los médicos oficiales llegan de las diversas ciudades del país. A la inversa, casi todos los curadores populares son nacidos en el lugar.

La situación de contacto intercultural emplaza frente a frente a la medicina oficial con el conjunto de prácticas populares de cuidados de la salud. Como consecuencia, existen distintas fuentes de definición y de formulación de contenidos del proceso salud/enfermedad/atención/curación/vida/muerte. Entre ellas, encontramos importantes grados de correspondencia, aunque son infrecuentes las rupturas profundas. En este contexto es donde se deben tomar las decisiones diagnósticas y terapéuticas.

Partimos, en general, de dos premisas:

1. Cada universo sociocultural da respuestas idóneas a los problemas que se plantean *desde sus puntos de vista*, tanto cotidianos como existenciales y trascendentales. Pero, además, los sistemas socioculturales son abiertos, con espacios virtuales de intercambio y de continua reformulación de sus contenidos y principios organizativos.

Desde la llegada sistemática de la medicina occidental a la zona, se ha venido vertebrando una multiplicidad de formas de articulación con las prácticas del cuidado de la salud originales de la zona, conformando hoy las llamadas medicinas "populares".

Estas últimas, dada la actual cobertura social que significa el ámbito de lo "popular", no se limitan ya a sus fuentes originales, en las que incluimos

a la medicina mapuche y, también, a las medicinas hispánica y colonial.

2. *La diversidad de la realidad no puede ser ignorada* en la consideración de los trastornos de salud, a menos de restar fuentes terapéuticas tanto al paciente como al médico oficial.

En nuestra región conviven diferentes sistematizaciones culturales en una situación de desigualdad sociopolítica. O sea que la diversidad cultural tiene un marco fragmentado de expresión social. Al mismo tiempo que estas *diferencias/desigualdades* también se expresan en las personas, son ellas las que gozan de la capacidad de trasformar y transformarse.

Y aquí es adonde apunta el nudo de nuestra propuesta. En la convivencia, las personas reciben, reproducen, usan y modifican las distintas formas de entender la salud y la enfermedad. De modo que las afiliaciones a diversos universos culturales no garantizan ni una repetición fiel de sus contenidos, ni tan siquiera una permanencia homogénea y acrítica de la gente en ellos.

Así, se produce una constante interinfluencia, de diferente grado y calidad; fenómeno que, por supuesto, se replica en el resto de las dimensiones socioculturales.

Quienes se socializan en este, al menos doble, marco cultural se encuentran en una situación de gran ambigüedad. Podría pensarse en una doble identidad cultural en conflicto.

Incluso el personal hospitalario, a quien en principio se podría considerar "naturalmente" adscrito al sistema médico oficial se siente muy próximo, desde su origen, al sistema de curación popular; aunque ello se mantenga más o menos oculto, ya que está de por medio la necesidad de conservar el puesto de trabajo, entre otras razones.

Sin embargo, esta situación además de ser pensada como de una identidad múltiple, puede constituir un paso más en el proceso de búsqueda de nuevas identidades que, obviamente, estarán atravesadas por el conflicto en todas sus dimensiones.

El problema consiste en conocer cuál es la contribución ideológica de cada una de las vertientes que conforman este proceso, y cómo se produce dicha aportación.

Un abordaje con personas, familias o grupos que están sufriendo es insuficiente, por lo unilateral, si se tienen en cuenta los aspectos planteados.

El abordaje global no debe ser confundido con un afán meramente voluntarista que no responde a los marcos socioculturales diferenciados de los diferentes prestadores. Estos intentan a la vez respetar al otro en su diferencia. También deben poder respetarse a sí mismos, por ejemplo, en sus concepciones de salud y enfermedad. Por ello es que la propuesta de un abordaje conjunto implica el mantenimiento, e incluso la profundización, de las identidades de los curadores.

Estamos convencidos de que el efecto restitutivo integrador no debe sustentarse en la confusión ni, menos aún, en la violencia simbólica que puede ocasionar un acto médico apoyado en ella.

Es claro que esta propuesta no es original. Se trata de un intento de continuar y complejizar los caminos de intermediación ya presentes entre las diversas propuestas de salud que conforman un verdadero sistema local.

La población de la región orienta su práctica médica conectando a los sistemas de salud de acuerdo con sus necesidades y con el conocimiento

Scanned with CamScanner

social que se va generando en tal sentido.[1]

Además, deseamos volver a mencionar una de las claves de esta modalidad: la experiencia facilitada, directa o indirectamente, por la actividad diaria de los agentes sanitarios de nuestra zona de trabajo.

El punto problemático que tenemos es doble:

a) identificar y maximizar los recursos terapéuticos que están al alcance de todos para afrontar las dificultades. Uno de ellos es el abordaje conjunto. El fundamento y su legitimación consisten en el reconocimiento y la aceptación crítica entre agentes de salud, oficial y popular, tanto en la esfera personal afectiva como en cuanto a la capacidad de directividad diagnóstico-terapéutica del otro;
b) solventar las consecuencias teórico-conceptuales y prácticas de semejante amplitud en dos frentes:
   - en cuanto a las discrepancias y concordancias de los puntos de vista convocados, reconociendo tanto situaciones de compatibilidad como otras de franca disparidad;
   - en cuanto a la puesta a punto de un comienzo terapéutico concreto que favorezca el desencadenamiento de un camino propio, pero que, a la vez resulte siempre reconocible para cada una de las perspectivas que aportan su ayuda (médicos, curadores populares, familia, vecinos, agentes sanitarios, amigos, etcétera).

El abordaje conjunto permite acceder a una dimensión de profundo conflicto de los procesos de contacto intercultural, sumado a aquéllos propios de una inserción subordinada en procesos de urbanización/modernización. Pero al mismo tiempo, muestra los recursos insospechados de que hacen gala algunos grupos humanos, quienes, aun en condiciones sociopolíticas muy deprimidas, logran diagramar activamente procesos de innovación simbólica (material y social) que no parecen quebrar las identidades previas, aunque sí ponerlas en cuestión, y redefinirlas.

Todo esto plantea incógnitas específicas al campo de la salud y de la salud mental.

2. Abordaje conjunto: su composición

Una de las razones que suele esgrimir el poblador para recurrir al abordaje conjunto es la pérdida de confianza ante la falta de resultados por parte del sistema médico consultado en primera instancia.

La simultaneidad tiene que ver con el deseo de garantizar el éxito terapéutico ante una situación que es percibida como grave;[2] y también con

[1] No pretendemos pintar una visión naturalista de la dinámica comunitaria, que se centraría esencialmente en la práctica concreta, regida por leyes propias pero alejadas de la capacidad de comprensión de la gente. Por el contrario, pensamos que la ciencia social tiene, todavía, una visión retrasadamente ingenua de esta cuestión, la cual se proyecta hacia la comunidad, reconstruyéndose así una imagen falsa.

[2] Sin embargo, algunos han planteado que un abordaje conjunto, en ciertos casos, puede entorpecer la curación. Sobre todo, que no se deben tomar, a la vez, medicamentos de patente y yuyos.

la duda ante un diagnóstico o ante la presencia de diagnósticos combinados.

Hay enfermedades que, sin embargo, son curadas específicamente por agentes de un solo campo. Por ejemplo, los problemas que requieren cirugía mayor o de urgencia, constituyen su demanda sólo a la medicina oficial. Por su parte, el "daño", el "gualicho" o el "mal de ojo" son entidades que deben ser atendidas, en exclusividad, por el curador popular.

Sin embargo, aun así, se suele recurrir al abordaje conjunto ya que, muchas veces, los diagnósticos se interpenetran: muchos pobladores, y algunos curadores populares, nos han dicho que el "mal de ojo" es el preludio, o bien acompaña, a la meningitis.

¿A quién se consulta antes?

Ello depende de varios considerandos: la adscripción sociocultural de la familia consultante, la patología que se supone que sufre a partir de una primera evaluación (autodiagnóstico), los temores ante procedimientos diagnósticos o terapéuticos dolorosos, el éxito relativo ante la primera consulta, el acceso geográfico, el tipo de alarma que generen los síntomas, etcétera.

Ante estos factores, la evaluación no es uniforme; incluso desde el punto de vista de los propios prestadores, sea cual fuere el sistema a que pertenecen.

En el campo, y muchas veces en el suburbano, la primera consulta tiende a hacerse al curador popular; elección que depende del acuerdo sociocultural antes que del acceso geográfico, ya que muchas veces se consulta a curadores populares que viven en parajes bastante alejados del domicilio del enfermo.

Pero como dijimos, la demanda será hospitalaria si media una herida importante; también por problemas odontológicos.

Por su lado, la visita médico-odontológica programada del hospital se ha convertido en un motivo social de reunión en los parajes rurales. En ella se realizan controles del niño sano, y de embarazadas. Además, se atienden consultas por "demanda espontánea", es decir, por patologías. No son frecuentes las consultas de hombres aunque sí de jóvenes, niños y mujeres. El equipo de salud se acerca así periódicamente a los parajes, aminorando en parte la inaccesibilidad geográfica. La presencia continua de los agentes sanitarios que recorren su área en visitas domiciliarias constituye la otra parte del acceso al sistema oficial de salud. La respuesta de los pobladores se expresa en la alta cobertura de vacunas, partos institucionales, así como en la rutina de los controles de salud de niños y de embarazadas. También en la ausencia de rechazos frontales a los agentes sanitarios.

No todos se congregan por problemas de salud y enfermedad. Muchos, simplemente, se acercan para saludar, comunicar e intercambiar con los vecinos siendo, entonces, una importante razón de reunión en cada paraje.

Además, las consultas en el caso del control de niños y embarazadas están estimuladas por la leche en polvo que se da a pesar de que la política sanitaria oficial propugna la lactancia materna.

Nos hallamos en presencia, pues, de un ejemplo importante de nuestra región, de imposición de significados que difieren y, a veces, compiten con los oficialmente instituidos.

Una refuncionalización de la visita médica periódica al paraje que va

Scanned with CamScanner

convirtiendo y desplazando los límites de la hegemonía a través de la construcción de un conocimiento popular que habitualmente la desafía.

La innovación —creación, apropiación, reformulación, etc.— de los significados es, entonces, una de las formas que asume la política comunitaria.

Otra alternativa es la consulta de los pobladores rurales al propio hospital, quienes, en caso de una urgencia, solicitan la ambulancia.

La densidad de las consultas varía en proporción inversa a la cercanía del centro poblado; no sólo por cuestiones de accesibilidad geográfica sino por razones de índole cultural y económica, costo y/o dificultad del traslado.

También se recurre a la medicina oficial para dar cuenta al empleador de un tratamiento que indica reposo o trabajo liviano, como ejemplo de acto administrativo[3] o ante un posible desenlace fatal. Ello se debe a los problemas legales que pudieran aparecer por falta de consulta al sistema oficial expresado en la figura legal de "abandono de persona". Por otra parte, únicamente el médico oficial puede certificar una defunción.

De cualquier forma, parecería que la demanda a uno u otro sistema se orienta a partir de un primer autodiagnóstico:[4] "los doctores, ¡qué saben del empacho!", si se trata de patologías de la medicina popular. No obstante, un diagnóstico de "empacho" puede originar la intervención de ambos sistemas, lo mismo que otro tipo de diagnósticos "blandos", incluidos algunos formales como la infección urinaria, el herpes zoster-culebrilla, etcétera.

En caso de problemas óseos, o del embarazo, suele verse la consulta alternada; aunque para el último se va aceptando progresivamente el llamado "parto institucional", con internación hospitalaria, por lo que se está dando, en tal sentido, un corrimiento paulatino al sistema oficial.

Debemos aclarar que la medicina popular no suele promover la internación. Por lo pronto, no tiene lugares específicos para ello, si bien en alguna oportunidad curadores populares nos han dicho que alojan a pacientes en sus casas, ya sea porque presentan cuadros de cuidado o porque consideran que viven excesivamente lejos. Pero por lo general, se indica reposo domiciliario, durante el cual el curador popular puede hacer visitas.

En la zona urbana, al mejorarse la accesibilidad geográfica al hospital, las consultas por entidades de la medicina oficial se resuelven más fácilmente; pero también mejora, por otra parte, la posibilidad de la consulta a los diversos curadores populares concentrados en los suburbios: conocemos el caso de una curadora popular rural que atiende un par de veces por semana, en el pueblo. Según parece, las posibilidades de elección se amplían, en comparación con el área rural.

La función y el ejercicio de cada uno de estos enfoques, oficial y popular, tienen su propio universo. El médico oficial requiere para su trabajo determinados lugares y elementos; pero esto no implica restringir el espacio del equipo oficial a los muros del hospital o del consultorio. Por su parte, el curador popular necesita encuadres que también son específicos y exclusivos.

[3] Lo mismo ocurre con el certificado de nacimiento.
[4] El autodiagnóstico se completa con las opiniones familiares y de los vecinos.

3. Abordaje conjunto: una tipología tentativa

El abordaje conjunto es un recurso terapéutico que tiene diferentes diseños. Destacamos que, en general, se articula a partir del demandante (individuo, familia o grupo social).

Varían los grados y formas de participación de los curadores, sobre todo en cuanto al vínculo que pueden mantener entre sí, aspecto que tiene influencia en la calidad global del acto médico.

Teniendo en cuenta que el curador popular suele conocer la participación del oficial, la ubicación que este último asume es, en este momento, nuestra variable problemática. Y desde ella se presenta la siguiente tipología.[5]

1. Abordaje conjunto suprimido

El médico oficial no sabe de la intervención del curador popular.

La articulación entre sistemas es hecha por el paciente, familia, grupo.

Esta supresión se puede deber a un ocultamiento por parte del paciente, quien desea evitar la típica reacción del profesional: rechazo o descalificación, según vimos, de las prácticas populares (omisión del abordaje conjunto).

Otra parte de esta supresión corresponde a la desestimación que hace el médico de la realidad del otro, intentando ignorar su misma existencia (exclusión del abordaje conjunto).

En ambos casos, el vínculo asentado en este desconocimiento produce una relación interpersonal de bajísima calidad terapéutica y, por supuesto, humana. Más allá de los resultados que puedan lograrse a pesar de ello.

2. Abordaje conjunto admitido

El paciente cuenta con el acuerdo explícito del médico oficial, aunque ambos agentes, oficial y popular, no se conocen.

O sea que en este caso, el médico sabe pero no conoce a su interlocutor popular; al menos, en la medida en que pueden no conocerse vecinos en poblaciones pequeñas como las de nuestra región. Aunque también es cierto que, muchas veces, se consultan curadores populares en ciudades alejadas (Zapala, e incluso Neuquén-capital) o en parajes a los cuales todavía la medicina oficial no accede sistemáticamente.

Otra vez el paciente es quien toma la iniciativa y concreta la configuración del encuadre, de acuerdo con tiempos, necesidades y oportunidades propias. La vinculación entre los agentes es así mediatizada por la práctica del propio paciente.

De esta forma, nos encontramos de nuevo aquí con otra de las posibles

[5] Sin embargo, a pesar de que conozca la participación del médico, la posición que puede asumir el curador popular en esta articulación *no* es homogénea. Estas diferentes ubicaciones darán origen, seguramente, a otra tipología de la que aquí se presenta.

Scanned with CamScanner

versiones que toma la negociación comunitaria del significado en el campo de la salud.

En este caso, la inflexión del discurso médico en el propio ámbito de la enfermedad se concreta en virtud de criterios que elabora el grupo-paciente. La formulación de estos criterios depende de la realidad que le va mostrando el decurso específico del padecimiento y de las posibilidades que, con la ayuda de este acompañamiento terapéutico de sus colaboradores (curadores oficial y popular), va gestionando.

En tal circunstancia, el contacto directo entre los agentes no parece tener el carácter definitorio que, a primera vista, podría concedérsele.

3. Abordaje conjunto ejercido

El abordaje conjunto es una forma de la práctica médica. El curador oficial sabe, conoce, acepta y él mismo impulsa, en oportunidades, su propia articulación con el popular.[6] El abordaje conjunto se convierte en parte del proceso de conocimiento mutuo.

Este tipo de estrategia puede usar entrevistas conjuntas sobre todo en el área rural; aunque es el curador popular quien se suele encargar del paciente, cuando vive en el mismo paraje. Seguimiento del que también forma parte el agente sanitario, siempre buen conocedor y articulador de las distintas modalidades sanitarias.

En forma significativa, este diseño terapéutico es más frecuente cuanto mayor es la gravedad de las dificultades familiares y sociales manifiestas.

Es digno de destacar que son los abordajes conjuntos admitidos y ejercidos quienes reconocen en esta estrategia un recurso terapéutico oportuno en un restablecimiento participativo de la salud.[7]

Un observador desprevenido podría concluir que la estrategia conjunta encierra un factor de confusión. El caso es que responde a la realidad y a la necesidad del contexto en que todos nos movemos.

Es importante recordar aquí que el primer prestador especializado de salud mental, un psicólogo, se instaló en la zona sur de la provincia hace aproximadamente quince años. Más tarde se fueron incorporando otros profesionales que trabajaron especialmente en el área urbana de San Martín de los Andes. En el resto de los departamentos de la zona sur, hasta ahora, no se ha establecido ningún psicólogo ni psiquiatra.

Así, los modos terapéuticos oficiales más usuales aún no tienen representación en amplios sectores de la población.

Con esto no queremos afirmar que el equipo oficial de salud de nuestra zona sanitaria no haya contemplado desde siempre problemáticas del área de la salud y enfermedad mental. No olvidemos que, por ejemplo, el alcoholismo constituye, históricamente, el problema sanitario más acuciante de la región.

[6] En ocasiones, cuando el médico mantiene una cierta continuidad con este tipo de trabajo, puede no tomar contacto directo con el curador popular en un caso particular, y cuando no cree que serán necesarias modificaciones sustanciales en las reglas de juego.

[7] No pensamos que uno, el admitido, sea "mejor" que el otro abordaje conjunto ejercido. Su implementación depende de las circunstancias específicas de cada caso, y sobre todo, de la voluntad y decisión del grupo-paciente.

En ocasiones, el abordaje conjunto se transforma en una estrategia de baja calidad. Es el caso de lo que podríamos llamar abordaje conjunto tolerado, en el cual el conocimiento popular es utilizado por el médico oficial como factor de control; por ejemplo, en la medida en que el médico oficial exige del popular que use alguna técnica, o deje de trabajar con otras, en general, que no administre hierbas medicinales.

Otras veces se tolera el abordaje conjunto simplemente como una etapa 'necesaria' en el proceso de evolución hacia la aceptación plena de la medicina oficial. Al decir de algunos, un mal necesario que desaparecerá por medio de la educación y el tiempo.[8]

Aunque este control puede ser mutuo, en realidad no pasa de ser un mero intento, ya que no se puede administrar aquello que se desconoce. Ya que el hecho de conocer algo de la medicina popular puede ocasionar, en el médico, la ilusión de legitimarse en un ejercicio que sólo corresponde al otro.[9]

Así, el médico oficial se ubica en un metalugar, desde donde incorpora a su quehacer técnicas que pertenecen a concepciones que no son las propias, invariablemente descontextualizadas.

En este sentido, enfatizamos la ineficacia, en la línea de la (psico)terapia en contextos interculturales, de esta suerte de sincretismo (psico)terapéutico.

Por supuesto, no incluimos en esta advertencia a aquellos médicos oficiales que, por su filiación cultural, pudieran adscribirse también a la cosmovisión popular de la medicina, constituyéndose en impulsores de enfoques, por decirlo de alguna manera, transistémicos, situación posible de la cual no conocemos, hasta ahora, casos en nuestra experiencia regional.[9]

Otra forma de abordaje conjunto que resta los recursos terapéuticos es aquella en la que se asume una actitud mimética respecto de las prácticas del otro; o sea, algo así como que lo mejor es siempre lo del otro. Una suerte de populismo terapéutico.

Así, a la falta de respeto por el otro, le sucede la misma falta por lo de uno. Esta autoexclusión dificulta enormemente el establecimiento de un vínculo de maduración interpersonal, pues nace del despojo de lo propio, privándose, uno de los participantes del vínculo, de aportarlo al otro. En otro sentido, disminuye la calidad de la atención ya que se resta pertinencia a las terapias occidentales. El resultado es una medicina empobrecida para pobres, ya que se niegan posibilidades y recursos disponibles.

Desde otro punto de vista, el curador popular también puede adoptar una actitud pasiva en esta estrategia, a partir de la situación tal como viene dada, por temor a perder el contacto con su paciente, para protegerlo, por razones económicas, etcétera.

Una forma contraria, pero igualmente peligrosa, es la de hacer este tipo

[8] Esta posición está bien representada en otras áreas: educación, tecnología, religión, etc. Es típica de una visión del desarrollo que considera a las culturas populares como un obstáculo para su logro (Rabey, 1990).

[9] Esta es la situación de otros países. India, en relación con la medicina occidental y la ayurvédica, o China, en relación con la medicina tradicional (médicos descalzos) (Kleinman, 1980) donde coexisten en centros donde se practican actividades en común. Esta no es nuestra realidad.

Scanned with CamScanner

de prestaciones reproduciendo criterios rígidos, más o menos estandarizados, provenientes de formulaciones (psico)terapéuticas centrales: "esto es así porque me lo enseñaron en la facultad".[10] Aquí se abandona lo del otro. Esta perspectiva corre el riesgo de malograr comprensiones del fenómeno salud/enfermedad en relación con sus diferentes determinantes socioculturales, al trabajar con una visión unilateral, etnocéntrica. Por lo tanto, se ve disminuida en su capacidad terapéutica, aun cuando se pongan en juego recursos técnicos competentes.

La realidad local exige ir construyendo puntos de vista propios, si se pretende una práctica útil. En tal caso se necesita relacionarla con las concepciones que, surgidas de las personas y grupos específicos, posibiliten la resolución concreta de los problemas.

Por eso, si bien creemos propicio acordar sobre objetivos, compartiendo experiencias y siempre teniendo a la vista la ayuda a quien necesita y la pide, no consideramos oportuno impulsar deslizamientos en forma unilateral entre uno y otro sistema, en cuanto se introducen perturbaciones en las articulaciones delineadas por la gente, articulaciones que por sí mismas implican toda clase de intercambios: tecnológicos, organizativos, simbólicos, afectivos. En tal sentido, el abordaje conjunto es ante todo como dijimos, una estrategia de prácticas discriminadas.

4. Abordaje conjunto: algunos ejemplos.

"La diferencia": un caso de abordaje conjunto omitido

"En un primer momento no la reconocí. Ahora pienso que, en realidad, no quise reconocerla.

Hacía mucho tiempo había estado tomando mate en su 'ruca" (casa) acompañando a Abel en su recorrida al paraje. Supervisión de apoyo al agente sanitario, que le dicen. Me hace pensar eso del apoyo. ¿A qué? ¿A quién? Solamente nosotros sabemos lo que tuve que andar con Herminio, con Abel, con cada uno de los agentes, hasta poder aprender algo de las personas, de la tierra, en fin, de la gente de la tierra, mapuches.

A veces nos demoramos demasiado para mi gusto. Poca eficiencia, pensaba.

Es que el tiempo del otro, el de la observación, era diferente al mío, que era el tiempo del hacer.

[10] Hemos venido desarrollando el concepto de "central/local" a lo largo de la investigación que da origen, entre otras cosas, al presente trabajo (Arrúe, Kalinsky 1987 y 1988). Por "centralismo" queremos indicar, fundamentalmente, que la sociedad dominante posee mecanismos centrífugos mediante los cuales organiza y distribuye sus bienes. Uno de ellos, y por cierto preciado, es el conocimiento científico, y las respectivas instituciones (Lyotard, 1988). Se elabora desde ciertos centros y se difunde a la periferia; siendo aceptado en ella con escasa reflexión crítica y casi sin ningún intento por integrarlo activamente a contextos específicos. Pensamos que la idea de "sistemas locales" de conocimiento implicaría un punto intermedio de encuentro entre un conocimiento generado externamente, junto con otro interno —"teorías locales"— abonado tanto por el conocimiento científico como por el que no lo es.

Bueno, perdónenme, ya me estaba yendo a otro tema. ¿O es el mismo? Alcira seguía en la camilla de la guardia. Inmóvil. La ambulancia la había pedido el maestro del paraje.

Está así desde hace días, doctor .... Algo le está pasando, y como el maestro me lo pidió ... Acá estamos.

Pude indicar su internación, a pesar de mi desorientación.

Me confundían sus ojos, fijos hacia arriba, como buscando el 'wenumapu' (cielo).

Examen físico, laboratorio de rutina ... Confirmé lo de su deshidratación. Rápida interconsulta, tratando de superar mis limitaciones. Sabía que no era nada fácil la cosa.

Pero no quería derivarla. Neuquén estaba lejos, y encima la rastrojero no andaba nada bien. El invierno traía mucha nieve, pero sobre todo, el alejarla más aún de su casa, de los suyos, intuía que sólo complicaría todo.

—¿Los chicos? A cargo de los vecinos. No es bueno que queden solos ...

—Por supuesto, don Esteban, por supuesto...

—Mala suerte, doctor. Y justo me quedé sin trabajo. Es cada vez más difícil el leñeo. Porque está muy duro. Y el invierno.

El mate nuevamente servía para vincularme, al lado de la cama de doña Alcira. Pero el sabor era distinto de aquél que habíamos tomado en su 'ruca', en aquel lugar perdido de la cordillera.

Debía ser por el agua, supongo.

De alguna manera, el haber indicado la medicación propuesta por mi amigo Mandi, la hidratación parenteral, me daba una cierta seguridad. La seguridad del hacer. Pero el tiempo pasaba, y nada...

—Su esposa tiene un problema serio, don Esteban. Creemos que puede ser una esquizofrenia catatónica.

—¿Una qué, doctor?

—Y ... una enfermedad de la cabeza.

La interconsulta con la gente de psiquiatría del Hospital Neuquén había girado alrededor de esto. Y yo me sentía en la necesidad de compartirlo con don Esteban, y también con doña Alcira, por qué no, que seguía buscando arriba quién sabe qué cosa, o a quién.

—No, don Esteban, qué va a ser un 'daño', se trata de una enfermedad mental.

Las noches anteriores las había pasado devorando los tratados de psiquiatría. Ahora, sólo cabía esperar. Hasta que los medicamentos hicieran algún efecto. Después podríamos hablar. Pero ¿podríamos hacerlo? ¿Y cuándo?

—Sabe doctor, algún vecino que nos tenga envidia. Cosas del kalku (espíritu del mal), también.

Me inquieté un poco. El tema este del 'daño', de los brujos.

Lo percibía como un cuestionamiento. A mi saber, hasta podría decirse que a mi persona. Me costaba aceptarlo. Estaba comprometido, y no sólo profesionalmente.

¿Y si la derivo? Al fin de cuentas, la podríamos abrigar bien, y saliendo temprano, y sin problemas, llegaba en el día a Neuquén.

Después de todo, allá estaban los especialistas...

—Ya está bien doctor. Demasiado estamos molestando acá. Y,

Scanned with CamScanner

además, están los chicos, que quieren verla. ¿Puedo?...

—Por supuesto, don Esteban. Mal no le va a hacer, seguro.

Ya doña Alcira se había compensado físicamente. También los análisis lo certificaban. Pero seguía sin moverse. Lo peor era su silencio.

—Y, andaba durmiendo mal, doctor. Y no es de contar cosas. Los sueños son cosa seria...

Aquella tarde llegaron los chicos. Se acércaron a la cama, seriamente. Todos eran muy serios, realmente. Pero pudieron tomarle las manos. Faltaron los dos más chicos. El camino era largo ... El mayor, al salir, se llevó el abrigo de doña Alcira.

Pero más me llamó la atención la búsqueda de su documento por parte de don Esteban.

La noche trajo alivio. Alcira pidió comida (¡al fin!). También le sacamos el suero. Dejó de necesitarlo.

La alegría fue compartida, aunque con mesura, por don Esteban. Los chicos habían quedado en lo de sus compadres.

Mis hipótesis eran variadas: que los tiempos de acumulación medicamentosa, que la visita de los hijos. Pero, intuitivamente, también opté por la reserva.

Fue mucho tiempo después que pude completar la cosa.

—Y sí, doctor, Ud. sabe ... Yo no se lo quise decir, lo veía muy preocupado, y por ahí hasta se lo tomaba a mal. Tampoco doña Paula quiso que Ud. se enterara, total igual podía curarla de lejos.

En el hospital no la quieren demasiado, como cura sólo de palabra ... Sí, y además invoca a 'Nguenechén' (dios supremo), para poder echar el daño, transmitido por el kalku.

Las 'aguas', y también la ropa, le permiten confirmar la presencia del mal ('pewutún'). El 'machintún' (ceremonia de expulsión del mal) consistió en esa oportunidad en rezar utilizando la fotografía de doña Alcira, que después fue prolijamente repuesta en el documento.

Sólo con el tiempo pude entender estas cosas, estas cosas que le pasan a mis vecinos, que no piensan exactamente lo que yo pienso.

Entender la diferencia, respetarla. Que no siempre es fácil.

Casi tanto como me la respetaron don Esteban, doña Paula, a pesar de mi ignorancia, y con tanta delicadeza, hace ya unos cuantos años, en un lugar perdido de la cordillera."

Wille Arrúe, junio de 1987

El origen podría remontarse al vínculo previo que se había establecido con la familia de Alcira en las visitas domiciliarias con agentes sanitarios. En esa época el Programa de Atención Primaria de la Salud todavía se llamaba Plan de Salud Rural.

El conocimiento, así, iba bastante más allá de la típica relación asistencial.

En su momento, surge el problema de Alcira a través de la crisis que se relata en "La Diferencia". El diagnóstico presuntivo fue el de un proceso psicótico. Pero ya entonces se vinculó la situación de Alcira al invierno, al estado socioeconómico y laboral.

El diagnóstico de la familia de Alcira fue distinto: se le había hecho un "daño".

El ingreso al hospital fue pedido por el maestro del lugar, con el acuerdo de la familia. El equipo que la asistió fue heterogéneo. Desde el sistema oficial actuó el médico, junto con el equipo de salud mental del Hospital Neuquén, quien intervino como consultor. Desde la medicina popular, el esposo y la curadora. Don Esteban es quien hace el primer diagnóstico de "daño" para luego consultar con "la médica".

La atención hospitalaria de Alcira fue la usual. Enfoque técnico según normas. Aunque también existió una relación que se apoyaba en el respeto para con la paciente y su familia, y a la recíproca. Desde el saber popular, se asiste a doña Alcira desde la fe, por parte de la familia, de la propia curadora y, en fin, también de la comunidad. La curación fue hecha a distancia, a través de una foto. La relación entre ambos sistemas de salud fue generada fundamentalmente por la familia que en forma simultánea utiliza recursos mixtos: del sistema oficial, el traslado en ambulancia, la internación hospitalaria, la medicación, e incluso se acepta la profundización del vínculo con los miembros del equipo. No queda claro si aceptaron asimismo el diagnóstico oficial, pero es cierto que no hubo resistencia manifiesta a la administración de medicamentos. Desde la curadora, parece haber habido una aceptación amplia de todo lo que se plantea: diagnóstico, tratamiento, etcétera.

Los logros fueron positivos dado que se superó la crisis.

Queda claro que el enlace entre sistemas médicos fue buscado por la familia, aceptado por la curadora popular, e ignorado, en primera instancia, por el curador oficial. Esta secuencia es muy común.

A pesar de ello, debemos destacar la relación de respeto mantenida entre el médico y la familia; ésta actuó como factor legitimador-terapéutico, que permitió que este abordaje conjunto se llevara a cabo en condiciones de relativa comodidad para la familia. Pero fue insuficiente para garantizar el conocimiento pleno de lo del otro: el médico se entera sólo al tiempo de la curación a distancia.

En esta experiencia que es sólo un ejemplo de un fenómeno muy extendido y de amplia vigencia de articulación social de sistemas de salud, la participación parece haberse producido aun a pesar de la fuerza de la institucionalización de los agentes oficiales de salud. (En realidad, todavía no conocemos bien los factores y modos de institucionalización propios de los curadores populares.) Lamentablemente casi no existe registro de tales articulaciones; éstas, al menos en la provincia del Neuquén, han sido promovidas por figuras en general solitarias y marginales del sistema oficial al que pertenecían.

Sigue persistiendo un rechazo de los equipos oficiales hacia las prácticas populares que, en este momento histórico, se encuentran, como dijimos, en una relación muy desigual con la medicina científica. Muchas veces, estas articulaciones se ejercen bajo el signo de la confrontación.

Por lo tanto, podría hablarse de una participación amplia, no institucional, en los procesos de articulación popular de ambos sistemas de salud. Y de una participación restringida, y más velada, por parte de los propios sistemas de salud que, bajo el peso de lo institucional, no logran establecer vínculos menos prejuiciados y distorsionantes, que les permitan una exposición abierta de sus respectivos contenidos, dimensiones ideológicas y canales de movilización y organización.

Lo institucional y la participación, en este caso, parecen por ahora

Scanned with CamScanner

excluirse. No obstante quizá sea éste un *statu quo* que favorezca a ambos, cada uno desde su propia situación en los términos de las relaciones de poder.

Para la medicina popular, la cooptación de sus recursos por parte de los sistemas oficiales ha implicado, muchas veces, la liquidación lisa y llana de sus significados simbólicos, materiales y sociales.

En lo que hace a la medicina científica, aspectos tan caros a los enunciados de la Atención Primaria de la Salud como son la participación comunitaria, la tecnología apropiada, la extensión de cobertura, la salud integral, el autocuidado responsable, la educación para la salud, etc., de mediar la aceptación de formas populares validadas (y exitosas) del cuidado de la salud, deberían ser profundamente revisados.

El abordaje conjunto admitido: migración e identidad. La enfermedad de Faustina

Primera entrevista: en el hospital de Las Coloradas. El 14 de diciembre de 1989.

Están presentes, además de Faustina Catrileo, Daniel, Wille y Diana (véase Anexo 3).

Faustina está internada desde hace diez días porque "me atraganté con una torta frita. Después no pude comer nada".

Tiene parestesias en miembros. No puede caminar ni comer. Fue necesario trasladarla en camilla desde su casa hasta el hospital.

Se hicieron consultas especializadas en Zapala y Neuquén, sin hallarse patología orgánica.

Faustina: "Me decían que no era nada, o que me había lastimado la garganta, o que había que hacer un injerto".

Faustina nació en Curapil, paraje del departamento de Catan-Lil.

Su madre, doña Amelia, vive con su hermano Evaristo. Actualmente, ninguno de ellos tiene trabajo. Viven en forma precaria.

A su vez, el paraje está ubicado en una zona desértica, en el que los chivos constituyen la única posibilidad de subsistencia.

Faustina, luego de completar su escuela primaria, se trasladó a Zapala con una familia muy caracterizada de esa ciudad, con los que mantiene una excelente relación. Incluso, llegó a terminar el primer año de la secundaria.

También tiene buena relación con su otro tío materno, José, que tiene caballos y trabaja en una estancia cercana. Ahora está tramitando su jubilación por invalidez.

Faustina debió volver al paraje para cuidar de su madre. Y se empleó en el boliche, hasta que se enfermó.

La familia tiene antecedentes de alcoholismo.

Faustina tiene ahora veintiocho años.

Durante la internación mejoró paulatinamente.

Se acuerda acompañarla hasta el paraje y realizar una entrevista domiciliaria para definir un seguimiento.

Segunda entrevista: en el domicilio de Faustina. El 15 de diciembre de 1989.

Están presentes Faustina, Amelia, Evaristo, Wille y Diana.

Faustina parece mantener a la familia. Casi no tienen animales.

Antes ayudaba también el tío José.

Mantienen poca relación con otras familias de la Agrupación.

Faustina a la madre: "Yo no sé qué va a pasar. Los médicos me dijeron que yo no voy a poder trabajar más. A los médicos no voy a ir más".

Wille: "Por ahora, hay dificultades".

Amelia dice que es un mal por envidia. Faustina lo desmiente.

Amelia dice algo en mapuche y Faustina se apresura a traducirlo, disgustada.

Faustina dice que va a ir a Zapala. Amelia agrega que la acompañará.

A Faustina no le agrada esa idea.

Wille a Amelia: "Cuando Ud. se juntó ¿no le gustaba estar sola?"

Amelia: "Yo cuidé a mi madre hasta que se murió. Una hija debe cuidar a su madre".

Asimismo, Amelia fue muy cuidada, tanto por su madre como por sus hermanos.

Faustina tuvo un novio a los catorce años; pero no se casó porque a la madre le pareció muy joven.

Faustina: "Mi mamá me necesita aunque yo no lo quiera".

Evaristo apoya a Amelia en todo momento.

Finalmente, Amelia acepta que su hija es grande como para decidir por sí misma.

Se conviene en reuniones periódicas en el paraje.

Tercera entrevista: en el domicilio de Faustina. El 21 de diciembre de 1989, a la mañana.

Están presentes Faustina, Amelia, Evaristo y Daniel.

Reconstruye Daniel: "Se comenzó retomando la entrevista anterior. Se mostraron preocupados por los resultados de los análisis. Después que les comenté que habían salido bien se quedaron tranquilos. En realidad, las tranquilizadas fueron la madre y Faustina.

El tío retaceaba el buen estado de salud de su sobrina.

Hablamos que si se sentía bien, retomaría el trabajo para ayudar a la familia.

Faustina estaba dispuesta a salir a trabajar. Me pareció que la madre también.

Hasta se animaron a decir que en Zapala, porque la ciudad es más grande y los médicos están cerca.

El que menos confianza tiene en la salud de Faustina es el tío que propuso esperar un poco más, por las dudas y para que mejore bien.

Faustina comentó que los patrones de Zapala la alentaron a seguir estudiando.

Se habló de que Faustina podría seguir ayudando a distancia, como siempre lo había hecho".

Desde las posibilidades del equipo de salud del hospital, Wille y Daniel resuelven plantearse un recorte de la situación que gira alrededor del problema de la independencia de Faustina.

Cuarta entrevista: el 21 de diciembre de 1989, a la tarde. En el domicilio.

Están presentes Faustina, Amelia, Evaristo, Daniel, Wille y Diana.

El objetivo de esta entrevista era el de implicar al tío Evaristo en el

Scanned with CamScanner

proyecto de independencia de Faustina.

La familia los recibe bien.

Habían estado en la fiesta de la escuela del paraje, en que los niños representan el pesebre viviente.

Doña Amelia dice que no fue a la fiesta, y que Faustina no se quedó para el baile, pues están de duelo porque murió un primo de Faustina, aplastado por un caballo que domaba.

Aparece Faustina. Sigue vestida a la usanza urbana. Muestra fotos de cuando estaba en Zapala, con amigas y con la familia que la empleaba. Está asintomática: come bien, duerme bien, sin parestesias.

Doña Amelia la apoya en su proyecto de vivir en Zapala. Faustina dice que también estudiaría el secundario.

Don Evaristo: "Es muy difícil plantar árboles en Curapil. Los sauces los planté con mi sobrina Faustina, y nos dio mucho trabajo".

Luego de una larga conversación, Evaristo dice que apoyaría a Faustina en lo que sea conveniente para ella.

Se felicita a la familia, en general y a Evaristo, en particular, por su contribución a facilitar el que Faustina pueda elegir.

Faustina dice que si vuelve a Zapala, podría seguir ayudando a su mamá, visitándola cada tanto y mandándole cosas.

Doña Amelia, animada, dice que si consiguiera alguien que le cuide la casa, podría viajar también a Zapala.

Se decide continuar con las reuniones domiciliarias.

Quinta entrevista: el 4 de enero de 1990, en la casa de Faustina. Están presentes, además de ella, Amelia, Evaristo, Wille y Nora.

La familia vuelve a atender amablemente. Primero Amelia y Evaristo. Luego sale Faustina vestida a la usanza campesina: alpargatas, bombacha, faja, pañuelo, camisa y sombrero. Trabaja en la huerta.

Cuentan que Faustina y Evaristo viajaron a Zapala. Y que Faustina, en la fiesta del puestero de Junín de los Andes, se encontró con la familia de Zapala, y que quedaron que la iban a ir a buscar a Curapil.

Dice que se siente bien y que está contenta.

Que en Zapala fue a una curadora que también le tiró las cartas.

Faustina: "Yo de un primer momento dije: si a mí me han hecho un mal, ella me tiró las cartas y ella sabe.

Me dice: 'si vos me mentís, yo sé que vos me mentís'.

Ella fue la que me dijo lo que me pasaba a mí. Que eso venía de una cosa que me habían hecho hace seis años, antes de la torta frita. Que tenía una dureza. Pero yo de primeras empecé a sentir como que era una espina. Creí que pasaba, pero ... Me mandó que fuera a Neuquén, al especialista de Neuquén. Ella me dijo que era difícil sacarlo. Que era como un palito pero que no se quebraba.

El viernes cuando me fui tenía mucho dolor, y me dio un calmante.

Me dijo: 'vos tenés la culpa', porque dice que fue un hombre que me dio eso. 'O sea que te atoraste con un pedazo de torta porque vos engañaste a él', me dijo. Yo lo engañe a él.

La señora me dijo que iba a volver a tirar las cartas, y que no quería que yo le mintiera. Pero yo ¡qué le iba a mentir!...

Y, me dijo: 'ahora tenés que ir a Neuquén para que el especialista te saque eso de la garganta'.

No me dolió. Acá no lo tengo. Lo tengo en la casa de mi prima. Me lo dieron en un frasquito con alcohol.

La señora dijo que, por ahora, yo no me iba a curar si no me iba de Curapil.

Yo estuve como tres años en Zapala.

Me dijo que tenía que volver al otro día, y yo no quería volver. Tenía miedo que me sacara la plata.

Pero yo fui.

Ella me dijo: 'Ud. tiene que tener fe. Yo la voy a curar. Ud. no vuelve más a Curapil, m'hija'.

Y yo volví.

'Ir puede ir, pero no a quedarse porque hay una persona que le hace daño'."

Cuenta que, después en Neuquén, el especialista le extrajo como un palito, y que luego se sintió bien.

A Neuquén, viajó sola.

En otras recorridas, hicimos nuevas visitas, y Faustina permanecía en Curapil, sin síntomas.

La familia de Zapala aún no había ido a buscarla.

Faustina parecía estar contenta.

Queremos llamar la atención sobre algunas cuestiones que nos parecen de particular interés, tanto desde la perspectiva de las articulaciones entre sistema de salud oficial y popular, como respecto de las formas de construcción de la experiencia de sufrimiento y también de sus procesos de curación.

En primer lugar, diremos que el comportamiento terapéutico que diseña Faustina es, finalmente, la instancia que permite un despliegue en el planteo de su problema; es decir, los distintos términos en que éste puede ser puesto y expresado fueron posibilitados, y legitimados, por dicha articulación.

Así, son los diferentes aspectos de la situación por la que atraviesa Faustina los que se van articulando, por afinidad sociotécnica y cultural, con las diferentes instancias, las que permiten, de modo peculiar, darles un curso de acción.

Queremos decir que, en un sentido, la posibilidad que ofrecen ambos agentes pasa a ser un telón de fondo, y por ende un patrón de contraste, que permite la expresión que construyen Faustina y su familia del problema y también de su propio proceso terapéutico.

El núcleo generador de las diferentes partes de la formulación, de las opciones y de la acción es Faustina, junto con sus parientes.

Desde el equipo oficial de salud se contabiliza, en un comienzo, el trabajo sobre la consideración de posibles componentes orgánicos, a los cuales Faustina, tanto como su familia, otorgan importancia, considerándolos constitutivos de su enfermedad.

Por eso creemos que no sería oportuno considerar a Faustina como una enferma medicalizada, o sea, quien hace de su enfermedad un conocimiento prestado y estereotipado, que se convierte en defensa ante la opción de la curación.

Por el contrario, el escenario que ofrece la internación, de un contacto continuo y cercano con el equipo del hospital de Las Coloradas, en un medio que si bien, por un lado, puede percibirse como extraño y hostil, es, por

Scanned with CamScanner

el otro, autocontenido.

En una situación de crisis, y donde se agregan, como creemos que fue el caso de Faustina, dificultades en el despegamiento de la red familiar (red, esta vez, en un sentido de atrapamiento. Amelia dice: "una hija debe cuidar a su madre. Yo lo hice hasta que mi madre murió"), que se va jugando en una redefinición de su identidad, en las idas y vueltas de un proceso migratorio complejo e incompleto (desde la reserva a Zapala, y vuelta), el medio hospitalario puede convertirse en un "espacio transicional" de orden institucional.[11] [12]

Desde determinadas condiciones, el hospital brinda un marco posible para la elaboración del conflicto. Dentro de los límites de una instancia que es transitoria y que tiene, por ende, una terminación previsible. Y que, permite la exposición del problema, que aunque en los términos que Faustina cree que son compatibles con el lenguaje técnico del hospital (la historia clínica consigna, por ejemplo, parestesias en miembros superior e inferior) permite asumirlo como una parte interesada por el bienestar de Faustina y su familia, pero exterior al propio conflicto.

Y, entonces, no está constreñida a la historia familiar ni a su proyecto para su futuro.

Aunque Faustina diga aquello que, según ella, los médicos quieren oír, y son capaces de escuchar, es también cierto que la intervención de ellos no queda empantanada en una búsqueda que desde el punto de vista biofisiológico parecía ya inútil.[13] Y menos aún queda resuelta mediante el fácil expediente de encajar los síntomas en alguna entidad de la epidemiología psiquiátrica vigente.[14]

Antes bien, nos parece que la labor, especialmente durante el período de la internación, y más allá de que haya tenido una planificación explícita de parte del equipo de salud del hospital, fue la de, por un lado, dar respuesta contundente a un centro de angustia originado en las implicaciones clínicas del problema. Dice Daniel: "Se mostraron preocupados por los resultados de los análisis. Después que les comenté que habían salido bien se quedaron tranquilos".

En consecuencia, la mera acción técnica se vuelca en un contexto específico de significación familiar y se vuelve, entonces, una *acción de comunicación*.

Por el otro lado, el equipo médico de Las Coloradas, evitando el encasillamiento del diagnóstico y de los procedimientos terapéuticos que a partir de allí se hubieran podido desencadenar, pero actuando *en total*

[11] Cfr. René Käes, *Crisis, rupture et depassement*. Paris, Bordas, 1979.

[12] La idea de "espacio transicional" fue formulada por D. Winnicott (1971): "Por supuesto que el objeto con que el niño juega no es transicional. El objeto representa la transición del bebé que pasa de un estado de unión con su madre a un estado de relación con ella como algo externo y separado". Después, esta noción fue retomada por Käes (1979) como fuente de inspiración, aunque no única, para ahondar en la problemática de los niveles psicosociales e institucionales como factor central en la dilucidación de conflictos narcisistas en el paciente adulto.

[13] En el sentido de que el conjunto de síntomas que tenía Faustina no se encuadraron en ninguna enfermedad en particular.

[14] Como podría haber sido el caso de "histeria de conversión" o "neurosis de compensación", o cualquier otra.

acuerdo con su propia perspectiva profesional,[15] logran recuperarle a Faustina y su familia una significación, metabolizada y transformada, sobre todo al mostrar un reverso positivo de vida que no sólo actúa como contenedora de las ansiedades frente a la enfermedad.[16]

En realidad, una enfermedad "fuera de lo común" porque los médicos tienen dificultades para resolverla. Según Faustina: "Me dijeron que no era nada, que habrá que hacer un injerto, que me lastimé la garganta".

También en cuanto a la incertidumbre de un futuro ocupado, en parte, en ella (y por ella).

Se constituye, así, en un *proceso compartido de conocimiento*, en el sentido de que va brindando nuevos elementos —en parte ya presentes pero ocultos y, en parte, nuevos— para un reacomodamiento en la construcción de la experiencia de la enfermedad.

Este proceso tiene como diferencia fundamental respecto de la conceptualización previa, que Faustina "llevó al hospital" un núcleo de acuerdo entre todos los que, hasta ese momento, participan en él. La enfermedad cambia; ahora es participada y con un sentido comunicable y, por eso mismo, tiene ahora la capacidad para definir formas posibles de restitución.

El paso siguiente, con el apoyo del equipo de Atención Primaria y Salud Mental del Hospital de San Martín de los Andes, fue un develamiento de parte del significado del padecimiento, en virtud de las tramas sociales de sentido de la familia.

Desde este punto de vista, la enfermedad individual es una expresión de un estado de crisis familiar y social, las cuales *se entrecruzan* y van tomando forma, en Faustina, una respecto de la otra.

La comprensión de la constelación de significados implicada en el conjunto de los síntomas se tornó una labor impostergable, si es que se pretendía dar alguna respuesta, como fue el caso.

Se inicia, pues, un trabajo interpretativo por excelencia, que se lleva adelante con el siguiente presupuesto: la incógnita planteada por las dificultades de Faustina *no* podía ser despejada por ninguno de los procedimientos más o menos usuales de la práctica médica habitual. Uno, el del encuadre, ya mencionado, de cuadro sintomatológico en la apoyatura técnica que brinda una entidad nosológica ("enfermedad", o el más ambiguo de "síndrome") —o sea, algo así como "cuáles síntomas conducen a 'x' enfermedad". Ni tampoco el otro, una averiguación sobre la determinación psicosocial que daba un perfil característico al cuadro que presentaba

[15] Los Rx y los exámenes complementarios no se hacen "sólo" para dejar "tranquilos" a Faustina y su familia sino porque constituyen parte de su labor como médicos y, más aún, porque ellos también los estiman como medios idóneos de la clínica, es decir, en la tarea de correspondencia que se requiere entre el conjunto de síntomas y el sustrato biológico en la determinación de la enfermedad.

[16] Esta hipótesis está inspirada en el concepto de "rêverie" propuesto por Bion (1962). En términos muy generales, es la capacidad de la madre para devolverle con significado, es decir asociados con experiencias vivenciales, elementos que le proyecta el bebé. Así transformados, comienzan a formar las fases iniciales del pensamiento del niño. Constituiría, así, el primer modelo de la comunicación humana. Bion elabora este concepto, además de la situación madre-bebé, en las vicisitudes de los procesos psicóticos. Por lo tanto, en este sentido importante, se aleja de la hipótesis que estamos proponiendo aquí.

Scanned with CamScanner

Faustina ya que, en ese caso, se hubiera aceptado, implícitamente, sólo una definición clínica.

Por otro lado, había que cuidar el hecho de que "la enfermedad", al no poder ser "curada" mediante el expediente medicamentoso, se cristalizara en un encerramiento, clausurándose a cualquier movimiento.

Este aspecto es especialmente sensible ya que, si se consideraba, en sentido amplio, que las dificultades actuaban como muro de contención frente a una realidad hostil, toda ayuda que proviniera de ese mismo "afuera" (que, como es claro, sólo tendría cabida si se complementaba con "el adentro") sería, *a priori*, rechazada.

Frente a este panorama se construye un *modelo explicativo* que consta de dos ejes principales: uno, familiar, fundado especialmente en los vínculos con la madre y los mandatos que se implicaban. Debido a que tiene que cuidar a su madre, Faustina vuelve a Curapil. En Zapala se emplea en un comercio local, pero debe abandonarlo por la enfermedad. Dice Faustina: "Mi mamá me necesita aunque no lo quiera". Faustina, a los catorce años, tuvo un novio con el cual no se casó porque a Amelia le pareció muy joven.

El otro, de raíz también familiar, pero de filiación socioeconómica, es el de la migración (Curapil/Zapala).

Doble ruptura y doble necesidad de sutura que se va desplegando en Faustina en un proceso signado por el conflicto. Y que alcanza, también, como puede suponerse, a la madre y a los tíos.

Así, aquello que deviene significativo en el proceso de construcción de la enfermedad, y cuyas vías de salida van conformando otro paralelo de re-estructuración de la identidad, es función de una *oposición esencial de fuerzas:* los patrones y, por momentos, la madre, que la impulsan a seguir estudiando en Zapala; la madre, que en otros momentos se opone a que Faustina se vaya del paraje; el tío materno José, que "va a vender el capital y comprar un solar en Zapala. Yo le voy a cobrar la jubilación, y cuando él muera yo me haré cargo de sus bienes" (Faustina); la mamá que, según la propia Faustina, la necesita y al mismo tiempo su desagrado por la idea de que Amelia sea quien la acompañe a Zapala; la aridez de las condiciones de vida en Curapil. Dice Evaristo: "es muy difícil plantar árboles en Curapil. Los sauces los planté con mi sobrina Faustina, y nos dio mucho trabajo"; la presencia del alcohol en la familia; su falta de animales y, en la última de las entrevistas, el hecho de que Faustina estuviera trabajando en la huerta; el malhumor de Faustina por su madre cuando habla en mapuche frente a los blancos y su inmediata traducción de lo dicho a modo de disculpa, y, también en el último encuentro, cuando está vestida con alpargatas, sombrero, pañuelo al cuello, bombachas de algodón y faja negra en la cintura.

Queda planteada una dialéctica del entrecruzamiento de cambios socioculturales y cambios biográficos-familiares.[17]

Además, a pesar de que en varias oportunidades los médicos oficiales se orientan hacia la manifestación del movimiento en dirección a la independencia de Faustina, el encuentro terapéutico de ella y sus parientes con

[17] Cfr. Arthur Kleinman, "Social origins of distress and disease: depression, neurasthenia and pain in modern China", *Current Anthropology*, vol. 27, nº 5, diciembre de 1986.

el equipo oficial de salud continúa un tono ya presente: una dialectización del proceso de construcción de la identidad, a partir de los pares: "dependencia/independencia, rural/urbano".

Ello implica aceptar una doble faz en el momento de la crisis: como pérdida parcial de referentes familiares y comunitarios (por desprendimientos, rechazos, desapoyos), y como necesidad de ganar confianza en otros: la familia con quien trabaja en Zapala, la compra del tío de un solar también en Zapala, los médicos oficiales, y por qué no, la propia localidad de Zapala, en donde puede trabajar, estudiar y que, incluso, le permite "si se vuelve a enfermar, estar cerca de los médicos".

Una bifrontalidad, con cierres parciales y ante la cual se constituye el síntoma como una forma posible de expresar la presencia de obturaciones que dificultan los procesos de decisión. Y los intentos (algunos más logrados que otros) para superar esos obstáculos, aun frente a una certidumbre cada vez más creciente de que la vía regia para vencer el conflicto es el conflicto mismo.

Una paradoja que es parte del conocimiento que se va ganando a medida que los protagonistas evolucionan por entre las dificultades y las posibilidades. Paradoja de la que forman parte, también, las diversas presentaciones que tiene Faustina ante los médicos, en cuanto a su forma de vestir: en lo que podríamos llamar un primer acto, en el hospital, con un camisón blanco que, en cierta forma, representa una posición neutral. En un segundo acto, ya en su casa, y también en el día de la fiesta de la escuela del paraje, vestida a la usanza urbana (pantalón jean, camisa con inscripciones en inglés, zapatillas con suela de goma). Y donde se está discutiendo, hasta tímidamente, la posibilidad de Faustina de irse otra vez a Zapala, para trabajar, estudiar y ayudar a la familia con o sin la madre, en ese momento o después, si está curada o en vías de hacerlo o si sigue estando enferma.

Y, finalmente, en un tercer acto, también en la casa, aunque con una vestimenta que se identifica más con su origen mapuche y rural como dijimos, alpargatas, bombacha, faja, cuando Faustina cuenta, por un lado, que se va a trabajar al pueblo. "Me van a venir a buscar, porque a la señora me la encontré en la fiesta del puestero y me dijo que me va a venir a buscar".

Podría pensarse, de esta forma, que los *procesos migratorios* son un espacio de desestructuración y pérdida, pero que además, y de acuerdo con las condiciones en que se lleven adelante, se conforman, ellos mismos, en una fuente gradual de recursos en el rediseño de las identidades.

También es durante esa misma reunión donde se habla acabadamente sobre otra de las partes que conformaron el rompecabezas de la enfermedad de Faustina.

En el ámbito urbano visita a la curadora popular y en el rural es visitada por el equipo oficial de salud.

La urbanización parece actuar, al menos aquí, como sostenedora de raíces; después de la visita a "la médica" de Zapala, aparece vestida al estilo del campo; después de contar con el diagnóstico popular ("daño") Faustina puede irse, sola, a Neuquén, a que le traten la garganta en el hospital.

Y después de todo este periplo que, provisoriamente, concluye en Curapil, Faustina espera que la familia de Zapala la pase a buscar para irse a estudiar y trabajar.

Scanned with CamScanner

La curadora popular, en apariencia, toma como factor central de su explicación, el engaño que Faustina habría hecho a un hombre, origen del mal que ahora padece.

El "daño" es una entidad que define, en lo fundamental, un estado particular de las relaciones sociales. Es, en su esencia, un padecimiento de raíz grupal, familiar o comunitaria, en el que no se descartan, sino que se incluyen, componentes orgánicos.[18]

Está aquí fuera de discusión el procedimiento que se siguió en Neuquén para la extracción de la "espinita" o "dureza" ya que, si bien es una manera expeditiva de aliviar la ansiedad del paciente, lo reafirma justamente en su condición de *patients*, y lo invalida para convertirse en *agens*[19], dejando aislado el significativo síntoma de su origen y eventual fin.

Por lo tanto, pensamos que quedan ya claras las compatibilidades que Faustina buscó en su apelación a los sistemas de salud, oficial y popular.

Ellos contribuyen diferencialmente, como lo hace también su propia familia, a la construcción de su forma de experimentar la enfermedad. Sostenemos que la dupla conformada por los *aspectos cognitivos y afectivos* es parte de la enfermedad como lo son los aspectos propiamente *orgánicos*. Y son, fundamentalmente, vínculos multidireccionales: interpersonales, interculturales, interinstitucionales, intersistemas.

Por ende, *el hecho de la enfermedad es único*, aunque en él confluyen experiencias diversas que convocan expresiones múltiples. Y es un hecho de *construcción continua e inacabada*. Allí residen las posibilidades terapéuticas que conjuntamente se vayan identificando y aprovechando.

Este fue el principio configurador de la gestión conjunta aquí presentada.

Es, según confiamos, una instancia diferente a la que considera que los factores psicosociales y socioculturales actúan como perturbaciones en la comprensión de la dimensión biológica; y que, por lo tanto, hay que despejar.[20] Aquello que está más allá de lo biológico es, por definición, su distorsión.

También lo es respecto de aquella posición que, si bien da entidad al discurso del paciente como un lenguaje legítimo sobre una enfermedad que está, también, más allá del orden biológico,[21] llega a independizarlo a tal extremo que deja al sustrato orgánico como un factor subsidiario en la elaboración de la experiencia de la enfermedad.

[*] El aspecto relativo a la trascendencia (el sufrimiento producido por las fuerzas del mal, "huekufú") escapa a nuestra consideración. No obstante, somos conscientes de que debería ser ahondado en la medida de posibilidades que aún no tenemos a nuestro alcance.

[18] "La condición de paciente es, entonces, un estado de inactividad. 'Agens' es el opuesto a 'patients', y utilizaremos esta oposición a fin de conferir significado adicional a los términos 'pasivo' y 'activo'. (...) Entonces, 'patients' denotaría un estado en que el individuo está expuesto a fuerzas internas o externas superiores, que no puede superar sin una prolongada paciencia o sin una ayuda (...). 'Agens' denota un estado interno de iniciativa inquebrantable y de actuación al servicio de una causa que sanciona esa iniciativa (...)." (Erikson, 1967).

[19] Cfr. Byron Good y Mary-Joe Delvecchio Good, "The meaning of symptons: a cultural hermeneutic model for clinical practice", en L. Eisenberg y A. Kleinman (ed.). *The relevance of social science for Medicine*, Dordrecht, D. Reidel, 1985, en contra de este reduccionismo.

[20] Cfr. Sylvie Fainzang, "La maladie de Lucie", *Ethnologie Française*, XVIII (1), 1988.

Se refuerza, de esta forma, una conceptualización de tal experiencia centrada sólo en el paciente y su entorno psicosocial.

Como resultado se obtiene un doble registro: el "hecho" de la enfermedad-referentes orgánicos, por un lado, y, por el otro, la representación de la enfermedad: referentes psicosocial y sociocultural. Queda, entonces, oscurecida la comunalidad de origen y destino que ellos tienen en la construcción de la salud y la enfermedad.[22]

El ejercicio del abordaje conjunto: "Yo pensaba que no iba a tener mejoría. Por eso no la quería llevar a Neuquén. No quería que se muriera fuera de Lolenco"

Presentamos a continuación una historia[23] de gestión conjunta que, a pesar de sus particularidades, muestra algunos de los aspectos típicos que dan forma al ejercicio de este recurso terapéutico en nuestra zona de trabajo.

Amanda es hija de don Juan Sayhueque y María Fernández. Son nueve hermanos.

Tiene quince años y vive con su familia en el paraje Lolenco.

Don Juan maderea ayudado por bueyes. Traslada los rollizos hasta el lago, desde donde serán llevados al pueblo más cercano.

Cercano es un decir porque hay que atravesar el lago. Tarea que a veces no es nada fácil.

Los hermanos mayores de Amanda cortan caña. Y las mujeres trabajan en casa de familias y hoteles.

El lugar donde viven es hermoso. En pleno bosque, junto a la desembocadura de una cascada en el lago.

Pero es también un lugar muy aislado. Viven sólo unas pocas familias, que se ocupan de preparar los rollizos para el aserradero.

El camino se corta con facilidad, sobre todo cuando nieva.

No hay transporte terrestre que sea accesible a los pobladores.

Suele llegar la camioneta del aserradero. También los colectivos de turistas, pero ¡son tan caras las excursiones!

A partir de la consulta en el hospital de San Martín de los Andes en agosto de 1988, se le diagnostica a Amanda "lupus eritematoso".

Se trata de un padecimiento, en principio, de origen inmunobiológico; es decir, una "enfermedad orgánica".

Además, genera en el equipo oficial de salud un estado de desánimo

[21] El origen de esta formulación se remonta a Durkheim (edición de 1972), quien distingue entre "morfología social" (empírica) y "representación colectiva" (mundo simbólico). Durkheim considera a esta última como "menos" empírica, de alguna forma. Parte de la antropología médica actual retiene la distinción pero la pondera en sentido inverso. Aunque, en el intento de dar "más" realidad empírica a las representaciones sociales, pierde la pista orgánica y su papel significativo en la experiencia de la enfermedad. Por su lado, la antropología médica norteamericana (Good y Good, 1985) lucha, todavía, por superar esta falsa dicotomía.

[22] El uso del concepto "historia" en este contexto alude a un tiempo, el de la reconstrucción y reflexión, que es, de algún modo, distinto de aquél en que se desarrolla la acción propiamente dicha. Ello no indica que ambos sean simultáneos (o no). Más bien, tiene que ver con naturaleza y objetivos de distinta índole.

Scanned with CamScanner

por cuanto se enfrenta con un cuadro del cual no se podría esperar una curación. Algo así como un sentimiento de pérdida y descreimiento se instala en el inicio mismo del contacto entre el grupo médico y la paciente.[24] La batalla estaría perdida de antemano.

Creemos que este factor de alta incertidumbre del pronóstico de la enfermedad fue creando un doble fenómeno:

1. Por un lado, y contrariamente a lo que ocurre en la práctica clínica usual, los médicos no confían demasiado en sus medios terapéuticos, especialmente en lo que concierne a la terapia medicamentosa, la cual se administra sintomatológicamente a medida que se presentan las dificultades: focos infecciosos, insuficiencia renal, etcétera.

Ello no hace convincente la intervención médica, no tanto en relación con sus actividades específicas, diagnóstico, interconsulta, internación, medicación, que se cumplen sin que se registren novedades especiales, sino más bien con el contexto simbólico en el cual éstas se insertan.

Esta clase de enfermedades se ubica en una zona marginal y límite, que desafía la capacidad técnica del conocimiento médico y en donde la muerte se impone sobre un dominio usualmente signado por una actitud de convencimiento sobre el éxito que, tarde o temprano, tiene lugar.[25]

Damos la palabra, ahora, a un resumen de la historia clínica confeccionado en San Martín de los Andes; incluye los periplos de Amanda y su madre en el hospital de Neuquén:

> "Amanda es una paciente que consultó en agosto de 1988 (a los quince años) por presentar edemas en miembros inferiores y dolores en las pequeñas articulaciones de manos y pies. Al examinarla se encontraba febril, taquicárdica y presentaba lesiones purpúricas en ambas piernas. Ante la sospecha de que se tratara de una enfermedad de autoagresión inmunológica, se la envió al Hospital Provincial Neuquén, donde se le efectuó el diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico. Allí se la medicó con Prednisolona y Aspirina, pero pocos días después desarrolló un rápido deterioro de la función renal, por lo que se le administró Ciclofosfamida. Evolucionó favorablemente, pero cuatro días antes del alta se agregó una Otitis Media Aguda, por lo que se la trató con antibióticos.
>
> Dada de alta, regresó a su domicilio en el que permaneció sin efectuar tratamiento alguno ni controles hasta el mes de febrero de 1989, en que consultó en el Servicio de Guardia por progresivo deterioro de su estado general, edemas generalizados y disnea de reposo. Se le volvió a administrar la medicación que había abandonado, pero ante la falta de evolución adecuada fue nuevamente derivada a Neuquén, dos días después.[26]
>
> En esa oportunidad, fue internada en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Neuquén, para pasar 48 hs. más tarde a la sala de Clínica Médica. La evolución fue tórpida y debió ser sometida a hemodiálisis. El día 37 de internación en ese hospital tuvo un episodio convulsivo que se repitió 45 minutos más tarde y que volvió a presentar en otras seis oportunidades unos días después.
>
> Dada de alta a mediados de mayo de 1989 (73 días de internación) concurre nuevamente a este hospital, una semana más tarde.
>
> Al momento de su reingreso se constató mal estado general. Muy adelgazada. Generalizada caída del cabello. Presentaba 40ºC de temperatura. Se obtuvo una radiografía de tórax que mostraba dos focos neumónicos, por lo que se decidió administrar antibióticos por vía endovenosa. Cuatro días más tarde, la paciente se fugó del hospital.
>
> Desde entonces, ha tenido una evolución menos tórpida, con oscilaciones, y ha aceptado controlarse mensualmente por consultorio externo. Toma su medicación en forma adecuada.
>
> En el mes de agosto de 1989 fue derivada a Neuquén para control, de donde regresó sin haber tenido nuevas complicaciones hasta el momento.
>
> En resumen, se trata de una paciente adolescente que sufre de un L.E.S., desarrollando complicaciones renales por su enfermedad, y complicaciones que podrían ser atribuidas, por lo menos parcialmente, a la medicación recibida.
>
> La evolución, como es frecuente observar, ha sido tórpida, con etapas de bienestar y etapas de francas manifestaciones patológicas.
>
> El pronóstico no es bueno, dado que en la actualidad presenta un cierto grado de insuficiencia renal.
>
> Ahora parece hallarse en fase de remisión temporal de su enfermedad."
>
> *Fernando Gore*, Clínica Médica, Hospital Ramón Carrillo, San Martín de los Andes, Setiembre de 1989.

2. Esta predisposición médica hacia un pronóstico de fracaso orienta una apertura gradual, y cautelosa, no sólo hacia otros posibles puntos de vista que pudieran aportarse, sino para la resolución del problema, al menos para aliviar este "efecto de amplificación de incertidumbre" en la consideración general del decurso de la enfermedad.

Esta amplificación podría tener que ver con nuevos imponderables, esta vez en el campo de los vínculos, que podrían haberse potenciado con las limitaciones técnicas recién planteadas.[27] Por ejemplo, aquello que tiene que

[24] Lo mismo ocurre frente a cualquier inmunopatía (artritis, sida, por ej.) aunque revisten gravedades de diferente orden.

[25] Entre los temas que han sido sistemáticamente apartados del conocimiento médico y social, la muerte figura en primera fila.
Desde el primero, suele ser considerada como producto de una falla o inadecuación tecnológica, y no como un hecho natural; por ende, tiene un límite que *siempre* podrá ser desplazado un poco más allá, y cada vez más (Schelsky, 1967). Desde el segundo, el conocimiento social, la muerte raramente se ha convertido en campo de estudio, a pesar de ser un tema "frecuente" del ciclo vital y de las condiciones socioeconómicas de buena parte de las personas (Menéndez, 1989). Sólo podemos rescatar la reflexión sobre la muerte desde la filosofía, la teología y la literatura.

[26] Es en ese momento cuando surge la interconsulta con Salud Mental, en relación a la negativa de Amanda y su familia a trasladarse al hospital de Neuquén; y, por consecuencia, el pedido a doña Segura para que intervenga.

[27] Aquí habría que señalar otra situación diferente a la que estamos planteando, que contiene una forma de incertidumbre, pero que debería distinguirse del talante que

Scanned with CamScanner

ver con la percepción típica que suelen tener los pacientes respecto de lo que esperan encontrar en la relación con el médico.

En tal sentido, algo que *escapa* a esta percepción es, justamente, la falta de confianza del médico, no sólo respecto del decurso de la enfermedad sino de las capacidades a su disposición para combatirla. En el caso concreto del hospital de San Martín de los Andes, por su nivel de complejidad intermedio (carece de algunas de las especialidades), siempre es posible recurrir, con diferentes propósitos, a una derivación al hospital de Neuquén, confiando, en todos los casos, en una ampliación del límite tecnológico.

Creemos que es en este sentido que debe leerse el hecho de que donde la familia ve un franco fracaso de la medicina del hospital, tanto en San Martín de los Andes como Neuquén, en la primera ronda de internaciones de Amanda, en la historia clínica figura un seco "evolucionó favorablemente". Esta disparidad de opiniones no podría ser adjudicada a equivocaciones de unos u otros, sino, más bien, a los diferentes conjuntos de presupuestos, de unos y de otros, que fueron construyendo percepciones diferentes de la situación.

A partir de la negativa de la familia y de la propia Amanda ante la propuesta de derivación a Neuquén, y dada la gravedad de la situación —insuficiencia renal—, se solicita el apoyo de Salud Mental del hospital de San Martín de los Andes. Esta firme negativa tenía su fundamento en el miedo a la muerte en un lugar extraño y, también, en el temor por la reiteración de experiencias desagradables ya vividas.

Con este paso dado, cobra pertinencia para la clínica la dimensión psicosocial que se va articulando a la biomédica ya planteada.

Así, con los nuevos escenarios[28] que se incorporan junto a los ya transitados —antes, los hospitales de San Martín de los Andes y Neuquén, y sus varios servicios; ahora, el domicilio de la joven— y a los nuevos actores, por ejemplo, el agente sanitario que, si bien es una figura rutinaria en el panorama sanitario del paraje, cobra una renovada función para con esta familia en particular, comienzan a discriminarse factores psicológicos y sociales que ayudarían, o retrasarían, el cumplimiento de los plazos y prescripciones médicas.

Podría decirse mucho sobre las razones que provocaron esta actitud de rechazo. Por mencionar sólo algunas, es conocida la dilación con que suele comenzarse a percibir a un conjunto de síntomas como alarma de una enfermedad, en familias con escasos recursos para hacerle frente.

Otro conjunto de motivos puede encontrarse en el tipo de estrategias familiares que se generan alrededor de una enfermedad de evolución tórpida, sin claridad en cuanto a su pronóstico y a la que se suma la

---

imperó en el equipo médico que atendió a Amanda. Ella tiene que ver con la actitud del médico cuando comparte explícitamente con el paciente la duda que acarrea todo estado de sufrimiento. Esto beneficia, sin duda, al estilo de comunicación entre ellos, ya que, sobre todo, es el médico quien abandona una posición protegida para compartir, un poco más de cerca, los avatares cotidianos del paciente.

[27] "Nuevos" en un sentido figurado, ya que estamos haciendo una distinción analítica de los tiempos, sólo a efectos de mejorar la exposición. Como es claro, todas las perspectivas que mencionamos actuaron en el mismo momento.

amenaza de una cronificación.[29] Entre ellas figuran la negación de la enfermedad, el fatalismo y aislamiento de la familia.

Finalmente, indicaremos el hecho de que existen, en todos los casos, limitaciones estructurales en la relación médico/paciente que provocan la "desobediencia" frente a las prescripciones terapéuticas. Así, "no puede suponerse que los pacientes sean un grupo de complacientes suplicantes, que corren con los brazos abiertos en busca de ayuda. (...) Tampoco es muy seguro creer que los pacientes aprecien el tratamiento que se les solicita emprender como enteramente 'por su propio bien' y 'en su mejor interés'. (...) Muchos pacientes consideran a la mayor parte de los tratamientos médicos como no deseados, intrusivos, disruptivos y presuntuosos respecto de la forma en que son prescriptos (...)".[30] (La traducción es nuestra.)

Incluso, al tratarse de una enfermedad poco rutinaria, al menos en el panorama del hospital de San Martín de los Andes, se complica la transmisión misma de sus contenidos a la familia.

En algún momento, más precisamente en Neuquén, les hablaron de un "cáncer blanco".

Los miembros del equipo de Atención Primaria y Salud Mental, luego de varias discusiones y puestas a punto sucesivas sobre el estado general del problema, deciden "estar atentos, ofrecer apoyo cuando ellos (la familia) lo considerasen necesario y visitarlos periódicamente para compensar algún grado de alarma que no se pudiera expresar en el entorno familiar".

Cabe aquí preguntarse en qué momento los clínicos consideraron pertinente la interconsulta con salud mental (negativa a la derivación a Neuquén en relación con la gravedad clínica); también, en qué momento el Area Psicosocial considera su participación en esta situación; y, finalmente, cómo vive la familia la inclusión de esta nueva "voz" en el concierto de las ya presentes.

Lo concreto es que se da la demanda de clínica médica, que el acercamiento de Salud Mental dio la impresión de la necesidad, y que existía la posibilidad de responder en algún aspecto a los problemas presentados por la enfermedad de Amanda.

Pero aparte de estas cuestiones, se inicia, también desde la perspectiva médico-oficial (que, en este momento, ya es biomédica y psicosocial) una continuación de la ruta terapéutica ya diseñada por la propia familia, desde un comienzo, la cual tiene, según el criterio del abordaje conjunto, dos tiempos: el primero, configurado por las intervenciones de clínica médica de los hospitales de San Martín de los Andes y Neuquén, como de doña Paula (curadora popular rural). Todas, según el juicio familiar, fracasaron. Durante el transcurso de este primer tiempo, el hospital ignora la intervención de curadores populares en esta situación (gestión conjunta omitida).

El segundo tiempo se inicia a partir de un serio deterioro de la salud de Amanda, durante un período que transcurrió sin participación del hospital

---

[29] Cfr. Daniel Frankel y Ana Lía Kornblit (con la colaboración de Wille Arrúe): "Variables psicosociales en el estudio de familias con enfermos orgánicos crónicos", *Medicina y sociedad*, vol. 12, nº 5-6, setiembre-diciembre de 1989.

[30] Cfr. Irving Zola, "Structural constraints in the doctor-patient relationship: the case of non-compliance", en L. Eisenberg y A. Kleinman (ed.), *The relevance of social science for Medicine*, Dordrecht, D. Reidel, 1985.

Scanned with CamScanner

en el tratamiento y vigilancia ya que Amanda continuó bajo el cuidado de una curadora popular, distinta de la primera.

Doña Segura, de ella se trataba, nos dijo que las consultas fueron, durante ese período, esporádicas.

Recordemos aquí las dificultades de la familia para acercarse a la ciudad, geográficas, de transporte, económicas.

Como reaparecen los obstáculos para afrontar los requisitos de la terapia médica, en especial las reiteradas negativas de la madre y una de las hermanas para la nueva derivación a Neuquén, y ante el agravamiento rápido y progresivo de Amanda, la gente de clínica médica, durante un recorrido de sala, plantea el problema con toda preocupación; sobre todo haciendo hincapié en la urgencia por reiniciar hemodiálisis, posibilidad que siempre había permanecido como recurso pero que, ahora, se había convertido en un "debe ir a diálisis".

A partir de este cuadro, y tras discutir nuevamente el tema con el equipo de atención primaria, se decide ir a hablar con doña Segura.

En este momento comienza a ejercerse la gestión conjunta; ambos efectores, oficial y popular, "saben" y convalidan la decisión de trabajar juntos, acordando el diseño y la oportunidad de sus respectivas actuaciones.

Así, el médico plantea con toda sinceridad el caso, teniendo especial cuidado de dejar bien clara la incerteza del pronóstico. "Si se queda acá (en San Martín de los Andes) se muere rápido. Si la trasladamos es posible que mejore. Incluso es posible que mejore rápidamente. Aunque puede ser necesario, de acuerdo con la evolución que tenga, que se quede en Neuquén, quizás en forma permanente."

Es decir que sus alternativas y perspectivas en ese momento eran: morir en San Martín de los Andes en un plazo más o menos corto, por insuficiencia renal. Si ello no ocurría, podía ingresar en un plan de diálisis, pero en Neuquén. A partir de allí, el problema renal podía remitir rápido; pero también tenía una gran probabilidad de una diálisis crónica, que le requeriría vivir en Neuquén, con la remotísima posibilidad de un trasplante.

Este paso representa, entonces, la entrada de otra "voz" en esta historia, en el repertorio de las que ya estaban teniendo su parte. Pero en honor a la verdad, se trata más bien de una "legalización", desde la instancia de autonomía de que goza la medicina oficial.[31] Ya que, en su ruta terapéutica, ella era la segunda curadora a la que la familia había consultado, dado el fracaso previo en esta dirección.

Así, estas otras voces completan el panorama de los puntos de vista que, finalmente, se tienen en cuenta; en este caso, el diagnóstico popular fue: "Amanda tiene un daño".

Dejamos paso, ahora, a un relato escrito por el agente sanitario del paraje, Abel, y por Mariano, un estudiante cordobés de psicología, que hacía una rotación por San Martín de los Andes (y, de paso, también se aprecia, en terreno, el papel de articulación social que desempeña el agente sanitario):

[31] Autonomía que le permite dictar sus propias reglas de juego (Belmartino y colab., 1988, Herzlich, 1987, entre otros).

"—Yo llevo ocho años trabajando en salud, y estoy cubriendo el área rural; y, hace cuatro años o más que trabajo en la investigación de la medicina popular.
En la zona de Lolenco, como así también en el resto de las áreas, se realiza una vez por mes la visita programada.
En esta zona, hace siete años se encuentra un chico que tiene que realizar un tratamiento prolongado de penicilina, hasta los veintidós años aproximadamente. En un primer momento, la inyección se hacía con la visita programada, en la escuela, y a pedido de los padres nos pidieron qué posibilidades había de hacer el tratamiento en la casa, porque los compañeros se burlaban de él. (Le cantaban: 'Juan va a llorar, Juan va a llorar, Juan va a llorar... y Juan lloraba...')."

"—Yo soy estudiante de psicología y estoy haciendo mi rotación por el hospital de San Martín de los Andes y sus áreas. Como parte de mis actividades en la zona, y queriendo ver qué significa la salud mental para la gente de una cultura distinta a la mía, me vinculé con Abel para salir al campo.
Siendo el 5 de enero de 1989, fuimos a hacer el tratamiento a Juan. Después de cruzar el lago Toltén en lancha, llegamos a la casa donde vivía el chico del tratamiento.
Luego de tomar unos mates y preguntar cómo habían pasado las fiestas, se hace el tratamiento al chico (previa llorada).
Le preguntamos a Margarita si habían pasado las fiestas con los vecinos, y ahí contestó la hija de Margarita, que dijo que no, que Amanda, la vecina de quince años, está enferma, no le viene la regla, y la madre agregó que no puede caminar y que se le está cayendo el pelo.
Margarita comenta que lo que le pasa a Amanda era 'daño' (brujería) que le habían tirado a la madre y que por ser más débil la hija se lo ligó.
El 'daño' fue en la sangre y es por eso que no le viene la menstruación.
Ella dijo que tenía fe porque una curandera anticipó la muerte de su suegra y su madre también era curadora. Se siguió hablando de medicina popular, intercambiando Abel y Margarita (para cálculos en la vesícula hay que tomar el líquido de las papas sucias, para la presión alta la rosa mosqueta hervida, etcétera).
Caminamos trescientos metros y golpeamos las manos frente a la casa de Amanda. Salió la madre a recibirnos.
—Pasen, tomen asiento.
—¿Cómo pasaron las fiestas?
—Y, regular, como todos los días... Cómo nos vamos a divertir si Amanda está enferma...
—¿Enferma?
—Sí.
—¿Qué, con ese problema que consultó aquella vez, y que fue derivada a Neuquén?; ¿siguió con ese problema?
—Sí, estuvo un mes internada en el hospital, en San Martín y en Neuquén, y no tuvo mejoría, incluso se puso peor. Como no hubo ningún resultado, decidimos llevársela a doña Paula, que tampoco tuvimos un

Scanned with CamScanner

buen resultado. Nos dijeron que viéramos a doña Segura, que le dio medicina fuerte y dijo que la llevamos muy tarde, por eso demoraba en curarse, pero se estaba recuperando.
En eso sale de la casa el marido, medio retobado; aunque se ablandó en seguida:
—Cuando la llevaron al médico, fue porque le dolían las piernas y se le hincharon las manos, pero ahora también se le hincharon las piernas (es la enfermedad —menstruación— que no sale y se acumula ahí), llora mucho, de noche no deja dormir y come poco. Al médico no va más porque para esto la medicina no sirve.
—Don Jaime —dice Abel—, ¿no vio a la curandera de La Negra?... mire que ella es muy buena, viene mucha gente de todos lados para visitarla, yo también he tratado con ella. Para llegar a donde ella es muy fácil, si usted desea ir, yo le aconsejo que vaya. Es fácil llegar, tiene el colectivo que sale a las ocho de San Martín y lo deja, aproximadamente a la una de la tarde, en el lugar. Si no sabe le pregunta a los choferes porque la señora es muy conocida por ellos.
Entre el pasaje y los medicamentos le va a salir caro, pero va a tener buen resultado... De paso, cuando vaya para allá, pasa por el hospital y la ve a la ginecóloga por lo de la regla.
—Aunque cueste caro vale la pena, porque ya llevo gastado una yunta de bueyes y no se cura, plata que entra se gasta en ella... Uno es pobre, no... pero cuando aparece la enfermedad es lo peor que puede haber...
El hospital no la cura porque le han hecho un daño.
—¿Por qué está tan seguro?
—Porque cuando no está ella viene el pájaro (chonchón) a cantar en las noches. Me aconsejaron dar vuelta la pelera hacia abajo, con el sudor para arriba, en la esquina de la casa, cuando cante el pájaro, y que ahí iba a amanecer el brujo que le hizo el daño. Yo no lo he hecho, porque cada vez que me levanto, el pájaro ya no canta más.
—Si usted escucha cantar el pájaro, hay dos dichos: uno que sería para que se vaya, diciendo: 'martes, hoy, martes mañana, martes toda la semana'. Y, si no, invítelo a tomar mate, usted le dice: 'vení mañana, te espero a tomar mate'. Si aparece alguien que no estaba prevista la visita, un desconocido, es probable que sea él. Para más seguridad, pone una tijera abierta en cruz bajo un almohadón, y lo invita a sentarse. Si él se sienta y es el brujo, no se podría parar y termina el daño. La historia dice que si no se sienta es brujo.
Se fue el marido, y la esposa empezó a apurar los mates. Nosotros apuramos la ida para tener oportunidad de volver, dejando algo pendiente, cuando hubiéramos consultado con el médico lo que 'realmente' tenía Amanda, sin dejar de lado la confianza en su curandera.
Un par de semanas después encontramos a Amanda y a su madre en lo de la curandera. Al hospital no fue.
Hablamos con el médico, y dijo que tenía un lupus muy activo, con compromiso renal serio y grandes dolores articulares. El pelo se le caía por la medicación que le habían dado, con lo que mejoró; luego la abandonó y se descompensó de nuevo.
El médico dijo que tenía un pronóstico muy serio. El no habló con Amanda, aunque trató de hablar con la madre, debido a que el lupus es algo muy difícil de explicar. No sabe si realmente entendió.

No descartó que le crea a la curadora, pero dijo que sería bueno que también creyeran en él.
Mientras tanto, doña Segura sigue con su tratamiento."

Abel Jofré, agente sanitario
Mariano Horstein, estudiante de psicología

El escenario de la casa de la curadora, el cual tampoco está privado de conflictos (el fracaso con la primera y dificultades con la segunda debido a que, según ella, la enfermedad estaba avanzada) y el "nuevo diagnóstico" ("daño") permiten arrimar otro contexto de significación en el que la enfermedad de Amanda va tomando sus sentidos. Otra vez, desde la perspectiva médico-oficial, porque la familia ya contaba con este fragmento.
Sin embargo, es posible pensar esta cuestión desde dos ángulos:

En qué medida la estrategia de la gestión conjunta permite aligerar el "clima emocional familiar",[12] en tanto quiso cruzar la brecha semántica (lupus vs. "daño") que dividía la comprensión familiar de la enfermedad de Amanda y, por ende, mejorar el diseño familiar de su atención;
cómo el conjunto de estas apoyaturas múltiples, pero *discriminadas*, influyó en la minoración de las condiciones de vulnerabilidad, surgidas ante la presencia de la enfermedad como hecho disruptivo y desorientador que se plantea a las formas rutinarias de la convivencia familiar.

A modo de ejemplo, podría mencionarse el factor de tensión presente en la madre de Amanda, si es que compartía la opinión de los vecinos sobre que el "daño" habría estado originalmente destinado a ella. O, el más generalizado, pero igualmente generador de tensión, respecto a la elaboración familiar de un criterio cognoscitivo para acceder, y confiar, en el juicio de los expertos (médicos y curadores populares).

La figura del padre es, en este sentido, ambivalente. Gasta lo que tiene (incluso la propia yunta de bueyes) para ayudar a su hija y, al mismo tiempo, aparece alcoholizado, en la palabra de alguno de los relatores de este caso. El alcohol pudo, en este contexto, ser parte de la vulnerabilidad a la que aludimos.

Por otro lado, alguna de estas condiciones, para este caso, creemos que fueron dadas por el ánimo del equipo de clínica médica al que hicimos referencia al comienzo, respecto del curso de la enfermedad.

Así, nos dijo la madre: "Yo pensaba que no iba a tener mejoría, por eso no la quería llevar a Neuquén (...) No quería que se muriera fuera de San Martín (de los Andes) (...)" (noviembre de 1989).

Esta vulnerabilidad abarca también a una significación social de signo negativo de la enfermedad popular "daño" (Amanda tiene una brujería, que iba dirigida a su madre).

Pensamos que el haber "dado existencia" a los diferentes contextos de significación, desde los cuales se fue interpretando la enfermedad y sus consecuencias, en Amanda y su familia, permitió la constitución de una *red*

[12] Cfr. D. Frankel y A.L. Kornblit, *op. cit.*
[13] Cfr. Marie Lise Brunel, "L'empathie en counseling interculturel", *Santé mentale au Québec*, XIV (1), 1989.

Scanned with CamScanner

social de apoyos múltiples,[33] de la cual forma parte, también, la iglesia evangélica durante su estadía en Neuquén. El pastor fue al hospital varias veces y, "en la iglesia hacían oraciones todos los evangélicos", según la madre.

Si bien cada uno de los sostenedores de un nivel —biomédico, psicosocial, popular— permaneció en él, la red así configurada legitimó una confluencia de diversidad de sentidos, prácticas y experiencias,[34] mediatizando la, de otra manera cruda y vacía de sentido en la comprensión familiar, inferencia directa entre síntoma y sustrato biológico de la enfermedad.

Ello ni implicó, ni debería hacerlo desde la concepción general de la gestión conjunta, la jerarquización de alguno de los modelos desde los cuales se conceptualizó el estado de Amanda.

Antes bien, se confió en la diversidad de fuentes disponibles de formulación: un modelo biomédico, en la tarea de interpretar los síntomas de la paciente a partir de la evaluación de signos, y con la ayuda del reconocimiento clínico y exámenes complementarios. En tal sentido, la semiología de la enfermedad es una tarea, también, interpretativa.

Lo fue, asimismo, para quienes intentaron dilucidar, desde un modelo de interacción familiar y comunitaria, el contexto psicosocial de la enfermedad. O, más aún, el perfil de la enfermedad de acuerdo con las variables psicosociales. Los aspectos culturales conforman una dimensión interpretativa por excelencia. Así, se da relevancia a una diversificación de modulaciones, las cuales no podrían haber sido abarcadas *todas* por ninguno de los modelos interpretativos que se pusieron en juego.

Desde el punto de vista de los efectores de salud, se respetó la experticia de cada uno en cuanto a su dominio sobre un campo en particular, pero reconociendo que la perspectiva propia iluminaba *sólo* una parte de la problemática general.

Así, en tanto unos reconocieron que parte de la enfermedad también depende del discurso del paciente/grupo familiar-comunitario, ya que traduce, por un lado, estados subjetivos y, por el otro, un significado intersubjetivo de experiencia social compartida, la curadora popular, por su lado, acepta, sin cuestión, el planteo del hospital, haciendo suya la urgencia con que se requería, en un momento dado, el traslado al hospital de Neuquén.

Y es ella, al final, quien propone que se tiene que trabajar este punto especialmente con la madre ya que la joven, por edad y por la situación que atravesaba, no estaba en condiciones de decidir.

Pide al médico que lleve a la madre a su casa; y, una vez *los tres allí, toma la palabra* y, ubicándose del lado de la vida, hace ver a la mamá que, si bien la chica estaba grave, que podía morir y que si esto llegaba a pasar en Neuquén iba a ser mucho más doloroso y difícil, había una posibilidad y recomendaba jugarse en el sentido de la derivación. Y, por supuesto, el hospital necesitaba el permiso de ella como madre de Amanda.

Un discurso ferviente, un intento (logrado) por valerse de la esperanza.

En noviembre de 1989, Amanda está bien. Saludable, contenta. "Con todo su cabello", según el testimonio de Abel, el agente sanitario y Ana, la enfermera.

[33] Cfr. Good y Good, *op. cit.*

Había estado en el pueblo, de compras, con el padre.

El padre volvió a contar que se había quedado sin los bueyes, porque los vendió para llevar a su hija a Neuquén. A su vez, está contento porque Amanda se recuperó. Padre e hija lloraron. La mamá contó la experiencia en el hospital de Neuquén, y que doña Segura les aconsejó.

Amanda estuvo en terapia intensiva unos días. Después la pasaron a otra sala. Los médicos las trataron bien, a las dos. Una doctora les explicó bien. Amanda lloraba mucho.

Dice la madre: "Ahora anda bien. Todos la conocen. Los doctores están contentos. Nosotros estamos bien. Mi marido trabaja en rollizos. Cuando él no pueda trabajar, buscaremos un lugar en el pueblo. Nos mandan la mercadería a Lolenco. Un doctor tenía poca esperanza. Otros me dieron esperanza. Los riñones mejoraron. Si no, no la dejan venirse. Si no andaba bien yo tendría que quedarme a vivir en Neuquén. Yo no me iba a hallar allá. Por suerte, anduvo bien. Yo estuve cuatro meses con ella en Neuquén".

Este año, 1990, la familia está mejor. Se perdieron de hacer huerta, pero no necesitaron abandonar las gallinas.

Amanda va periódicamente al hospital. Cada tres meses al de Neuquén. Se está cuidando.

Cuando volvió de Neuquén por segunda vez, se internó en San Martín de los Andes. Y se escapó porque quería ir a la fiesta de fin de curso de la escuela de su paraje. No completó quinto grado, pero quiere terminar el ciclo primario.[35]

Cuando se les advierte sobre la posibilidad de que Amanda empeore, responden que piensan más en la esperanza.

[35] Es interesante comparar el motivo dado por la madre de Amanda de su salida del hospital con el lacónico "se fugó" escrito en la historia clínica. Esto es importante porque puede malinterpretarse, en el sentido de que el trato institucional de la medicina social hizo que la paciente huyera. No parece haber sido el caso.

Scanned with CamScanner

VIII. Hacia un espacio local de cogestión en salud mental

1. Criterios y objetivos

Si denominamos "abordaje conjunto" a la cogestión médico/curador popular en la evaluación diagnóstica, seguimiento terapéutico y eventual decisión del alta en un caso clínico,[1] debemos tratar dos cuestiones relativas a la salud mental:

a) el sentido y los criterios que orientan a este tipo de cogestión;
b) la idea de salud mental que guía a esta modalidad terapéutica.[2]

Algunos criterios-guía de la cogestión en salud mental

Creemos que una praxis en el campo de la salud conjuga aspectos ideológicos, valorativos e interpretativos.

La práctica clínica "blanca", por llamar de un modo muy abarcativo a las intervenciones terapéuticas inspiradas en las teorías psicológicas, se ha asentado muchas veces en una asimetría en la relación médico/paciente.[3] No obstante, se trata, por lo general, de una desigualdad enmarcada en una homogeneidad primordial: el médico y el paciente comparten un "mismo" mundo. Pero, cuando dos personas que se encuentran en una situación terapéutica (psicoterapeuta y paciente) no comparten las mismas filiaciones culturales se establece una *doble asimetría:* a la que es propia de dicha relación se le suma otra proveniente de las pertenencias socioculturales, ellas mismas estructuralmente desiguales (dominación/subordinación).[4] En este caso, no sólo se produce una disrupción por la eventual imposición de estilos

[1] Queda claro que los abordajes conjuntos son sólo posibles con operadores flexibles de ambos sistemas de salud, que toleran incertidumbres y son, sobre todo, receptivos a los cambios que se dan en sus respectivos estilos de profesionalización.
[2] En este sentido, no puede dejar de reconocerse una progresiva ampliación del espacio político de las prácticas populares de atención de la salud.
[3] Se ha discutido detalladamente este punto, y aún hoy es objeto de polémicas, para el caso del psicoanálisis y el modelo de contrato que pone en juego (Castel, 1980, entre otros).
[4] No sólo para el caso de la salud mental: la situación se replica, en general, en cualquier consulta dentro del propio hospital.

ajenos a la "mentalidad" local,[5] sino que, además, la condición de sociedad dominante a la que pertenece el terapeuta impide el consenso o la explicitación del disenso, con lo que se pierden alternativas de legitimación y de significados compartidos.

En este sentido, otro aspecto a considerar es el del valor ético de las intervenciones terapéuticas o, dicho de otro modo, cómo aparece en la praxis y en la teoría la persona real y concreta, en el trance de enfrentarse al sufrimiento.

Como ya dijimos, la sociedad occidental ha dado dramáticas pruebas de su incomprensión y miedo frente a la diferencia (por ejemplo, la locura) así como de su intolerancia ante lo que le es desconocido y ajeno.

De allí se deriva un trato social caracterizado por el aislamiento y la discriminación en un marco claramente autoritario.

Cuando esa dimensión de extrañamiento implica una sumatoria (*"ser loco, pero además, ser indio"* es decir, culturalmente diferente), la presión por una internación psiquiátrica se torna muy fuerte.

Pensamos que la práctica de la cogestión contribuye a una *completitud virtual,* ideológica y valorativa, en la percepción del equipo formal de salud, en la medida en que, al menos, se conocen, se distinguen, se discuten y se analizan distintas formas de designar e interpretar la realidad en torno al problema de la salud y la enfermedad. Pero esta modalidad no es el producto de una "mera" decisión. Para que se transforme en una praxis con arraigo en el equipo de salud es necesario que esta percepción más comprehensiva se vertebre alrededor de núcleos ideológico-prácticos que posibiliten el acceso a un conocimiento distinto[6] grupalmente generado, cuyas fuentes provienen de diferentes formulaciones sociales.

Se plantea aquí la cuestión de si esta completitud (virtual) se hace complementaria de puntos de vista diferentes o si, por el contrario, se constituye en un nuevo factor de disrupción.[7] Porque, aunque los efectores de abordajes conjuntos poseen "flexibilidad cognoscitiva", no creemos que, por sí sola, ella sea garantía de complementación ideológica y valorativa.

Esto nos conduce a considerar:

a) la evaluación del sentido y de la oportunidad de la intervención que se pretende terapéutica pero que, en realidad, puede constituirse en una fuente adicional de violencia e intrusión;
b) la alternativa de diversificar las fuentes de producción social de la realidad;
c) la posibilidad de avanzar en el sentido de una ampliación en la delimitación del campo de la salud (mental).

a) La mayoría de las personas de la región que sufren este tipo de problemas "mentales" acude primero a los cuidados de la medicina popular; es decir, la demanda inicial *no* suele ser al equipo oficial de salud. Lo que se diagnostica como "trastorno", "agitamiento", "debilidad de mente",

[5] W. Arrúe y B. Kalinsky, "Hacia un estilo local en salud: una experiencia y una reflexión", *Encuentros para la salud,* año I, nº 1, Córdoba, diciembre de 1987.
[6] Jürgen Habermas, *Conocimiento e interés,* Madrid, Taurus, 1983.
[7] Aquí no tenemos, todavía, respuesta convincente. Pensamos que se trata de una cuestión principal que se plantea en el enfoque futuro de los abordajes conjuntos.

Scanned with CamScanner

"tristeza", formas populares de denominar lo que podría entenderse como "locura", son estados que casi siempre se atribuyen al "daño". Esa atribución, hecha en primera instancia por la familia, define el inicio de una ruta terapéutica que, en general, conduce, en primera instancia, al curador popular, quien confirmará (o no) el diagnóstico.

Las excepciones se presentan cuando existe un funcionario o persona "importante" de la cultura blanca (maestro rural, guardaparque, gendarme, administrador de estancia, etc.) que actúa muchas veces como derivador instituyendo, a la vez, un diagnóstico explícito de "locura". La influencia del funcionario es aun mayor en los parajes alejados del área urbana, pues en general él es quien dispone de los medios de comunicación (radio, por ejemplo) y de transporte. En tales casos es esta circunstancia la que suele determinar el comienzo del trayecto terapéutico: esta vez, la consulta es al equipo oficial de salud.

No obstante en el caso de mediar una internación —que en nuestra región, como dijimos, es casi siempre hospitalaria—, ello no representa ningún obstáculo para que se consulte al curador popular.

A partir de allí, pueden darse varias posibilidades.

A veces el paciente, o los familiares, solicitan la salida del hospital, en forma transitoria o definitiva, bajo cualquier pretexto, incluso el de "sentirse mejor".

Otras veces, es el curador popular quien ve al paciente dentro del hospital, generalmente en los horarios de visita y sin la autorización del médico.[8]

Pero, la forma que más se practica es la consulta a distancia: los allegados al paciente llevan "las aguas", o la foto, o la ropa, según las preferencias del curador popular.

Por otra parte, entre la familia o personas cercanas al paciente, una de ellas se suele responsabilizar de la consulta al curador, incluso haciéndose cargo, con frecuencia, de los gastos: es el llamado "dueño del paciente". Esta figura existe desde mucho tiempo antes de la llegada del blanco y está vinculada con los representantes, quienes intermedian en numerosos eventos sociales, personales o familiares (por ejemplo, pedidos de casamiento, convocatorias para la solución de diferendos, etcétera). Por su parte, el curador popular *no* suele desaconsejar la participación del médico oficial, ni el tratamiento que éste instituye, pero sí puede relativizar su eficacia.

En este marco, una forma preliminar de superar el peligro de la imposición es el respeto y la escucha que posibiliten el conocimiento mutuo. Sin embargo, debe recordarse que hay pobladores que, independientemente del contexto cultural, no están de acuerdo con la cogestión en lo que respecta a cuestiones de salud. Por ello, exigirla puede convertirse en una imposición que, aunque de distinto signo que el habitual, de todas maneras contamina el vínculo entre terapeuta y paciente.

Entonces, se trata de dar lugar a un proceso participativo en el que se revisen críticamente argumentos y dispositivos técnicos, en el que se

[8] En varias oportunidades, curadores populares que estaban internados, por diferentes razones, atendieron consultas de otros internados y también de parte del personal del hospital.

acuerde sobre el momento y el decurso de la intervención, reflexionando también sobre las posibles implicaciones de una decisión de no intervenir.

b) Consideramos que la constitución y formas de reproducción de la realidad social reconocen diversos orígenes vinculados con las necesidades sociales globales —tanto materiales como simbólicas— de los diferentes grupos que la componen y con las relaciones que se establecen entre ellos (desigualdad entre sistemas socioculturales y relaciones de poder).[9]

Por lo tanto, considerar solamente una producción y reproducción institucional de la realidad social representa un enfoque reduccionista; y, sin embargo, la teoría social y política ha considerado usualmente casi con exclusividad esta dimensión, descuidando *niveles intermedios* articuladores: sistemas de hábitos, estilos de vida, esquemas de percepción y comprensión, pautas de acción, etcétera. Pensamos que es precisamente allí donde pueden darse cambios orientados hacia transformaciones concretas en las condiciones de formulación de dicha realidad, por lo menos en lo que hace a las posibles acciones de un equipo de salud inserto críticamente en un diálogo comunitario.

Por eso, creemos que las eventuales alternativas planteadas a un nivel "micro" constituyen una plataforma de práctica concreta donde se creen otras opciones, aun cuando también aparezcan rápidamente los límites.

En el encuentro de dos cosmovisiones, en principio en torno a un mismo problema, se va creando una red vincular, y aun grupal, en donde, a veces, se pone en discusión hasta la existencia misma del problema. Por ejemplo, en nuestro medio es común que un prestador oficial realice un diagnóstico de alcoholismo y que éste se contraponga con el punto de vista del curador popular debido a la diversidad de valoraciones sobre el mismo tema; en general, el poblador suele identificarse con éste último.[10] Pero, si se logra un marco de discernimiento, es posible poner en discusión, sin amenazas o acciones coercitivas, argumentaciones en las cuales las capacidades de plantear y decidir pertenecen a *todos* los implicados en la situación.

Claro está que, al no formularse como una práctica generalizada, estamos sólo frente a un "fragmento" de la realidad —aunque con capacidades insospechadas de multiplicación. En consecuencia, esta modalidad se enfrenta, a su tiempo, con una trama institucional que seguramente no la admite, al menos sin reservas, y con la cual habrá que establecer formas de negociación para que la propuesta no se malogre y para intentar crear consenso.

No es posible hablar de homogeneidad en el seno de la comunidad,[11] ni en su articulación intrasectorial, ni menos aún en la articulación de los

[9] N. García Canclini, *Las culturas populares en el capitalismo*, México, Editorial Nueva Imagen, 1986.
[10] W. Arrúe y B. Kalinsky, "El alcohol, la cultura y la región. Una visión local de las pautas actuales de su consumo", *Revista de Drogodependencia*, vol. 13, nº 2, Valencia, 1988.
[11] W. Arrúe y B. Kalinsky, "Hacia un estilo local en salud: una experiencia y una reflexión", *Encuentros para la salud*, año I, nº 1, Córdoba, diciembre de 1987.

Scanned with CamScanner

diversos sectores con las instituciones de la sociedad mayor. Así, la práctica cogestiva se verá cuestionada, en primera instancia, por cierto tipo de posiciones marcadamente aislacionistas de la comunidad local, sustentada sobre todo por aquellos grupos en los que las sobredeterminaciones estructurales han impedido una aceptación de la pluralidad étnica y cultural en condiciones sociopolíticas de igualdad. Ejemplos de este tipo de actitudes son la marcada resistencia de los grupos locales frente a los científicos que van a trabajar —debida, en parte, a experiencias previas no demasiado alentadoras— o el rechazo de algún grupo de la reserva frente a todo lo que tenga que ver con los blancos.

No obstante lo dicho, en nuestra experiencia se intentó y quizás hasta se afirmó, un camino de aperturas antes que de cierres.[12]

c) Avanzar en el sentido de una delimitación ampliada del campo de la salud (mental) tiene que ver con la posibilidad de brindar los medios para encarar un proceso de desalienación sociocultural (y, sin duda, también política) al reconocer las raíces de las identidades individuales y grupales, proponiendo una redefinición a la luz de las condiciones actuales.

La restitución de la verdad histórica,[13] la confirmación de la realidad actual y la asunción de las contradicciones y enfrentamientos actuarán, seguramente, en sí mismos, como factores terapéuticos en la situación de cogestión. Así, por ejemplo, la clarificación de los espacios en que operan los efectores médicos, oficial y popular (problema de la legalidad/legitimidad), constituye un elemento enriquecedor de la relación cogestiva.

Nuestro punto de vista sobre la cuestión de la salud/enfermedad mental

Antes de enunciar la definición del concepto de "salud (mental)" que proponemos, conviene realizar algunos comentarios.

Por de pronto, esta definición es un simple recurso de orientación y discusión y no una fórmula acabada o que ya goce de un consenso estable. Sin embargo, pensamos que ofrece dos ventajas: la primera, es que se formula a partir de lo que se pretende que sea el campo propio de la salud, aunque sin dejar de reconocer que, ciertamente, en algún momento pueda aparecer la enfermedad; la segunda, es que por sí misma carece de determinaciones, lo que significa que es necesario otorgarle contenido empírico caso a caso, tornándola así pertinente en contextos altamente diferenciados: de modo que si bien no explicita rasgos específicos relativos a la diversidad sociocultural, los implica.[14]

Por otra parte, esta definición considera tanto la dimensión psicológica como la perspectiva sociocultural, con un criterio metodológico y terapéutico. Frente a la necesidad de darle contenido en cada caso, los factores psicológicos y los socioculturales, en igualdad de status, son convocados con la misma pertinencia. En tal sentido creemos que esto representa un ejemplo legítimo de las posibilidades de trabajo del punto de vista antropológico en la labor aplicada al campo de la salud mental.

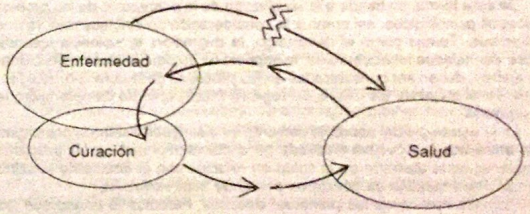
Conceptualizamos la salud como *un estado virtual, fundado en un proceso permanente y conflictivo de transformación individual, grupal, comunitaria e institucional, con connotaciones biológicas, psicológicas, socioculturales y técnicas.*

Adherimos, pues, a los enfoques dinámicos de la crisis, entendida como oportunidad para un potencial crecimiento. Consecuentemente, la enfermedad estará determinada por el bloqueo de este proceso de transformación, el cual tomará una forma específica según sean las distintas facetas recién enunciadas.

Esta aproximación al concepto de salud y salud mental parte de considerar la existencia de dos formas sustancialmente diferentes de entender dicho concepto.

Una de ellas, la más común, concibe a la salud como el reverso de la enfermedad, como la ausencia de síntomas. Esta perspectiva es compartida por amplios sectores de la medicina oficial y de la medicina popular; también tiene gran aceptación en la comunidad local y —damos por descontado— en casi todos los sectores de la sociedad mayor.

Obviamente, esta concepción resulta crucial en el momento de restablecer las condiciones que favorezcan un estado de salud, esto es, como guía eficaz de las estrategias terapéuticas propiamente dichas.



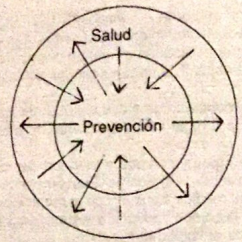
Aquí la curación es el complemento de la enfermedad. En este sentido, el campo de la salud está articulado con el de la enfermedad por intermediación de las estrategias terapéuticas.

Sin embargo, existe otro enfoque de generación de criterios de salud, un enfoque que se aparta de las nociones propias del campo de la enfermedad. En esta otra formulación no sería apropiado hablar del término "salud", puesto que supera ampliamente los límites médicos, integrando cualidades que tienen que ver con la condición humana en general y con sus posibilidades de alcanzar la felicidad: la posibilidad de trabajar, vincularse, jugar, comandar los propios proyectos de vida, etcétera. Estas posibilidades se refieren no sólo a las potencialidades individuales sino a las condiciones sociopolíticas. "Tener la capacidad de trabajar, pero también tener un empleo". Y, más aún

[11] Consideramos que el conocimiento de los obstáculos es ya un avance para algún logro en esta dirección.
[12] José Bengoa, *Historia del Pueblo Mapuche. Siglos XIX y XX*, Santiago de Chile, Ediciones Sur, Colección de Estudios Históricos, 1985.
[13] No pensamos que se corra el riesgo de caer en situaciones de extremo relativismo porque se comparten los ejes centrales de la definición.

Scanned with CamScanner

y como tercer vértice, "intentar un trabajo no del todo alienante". Así, una curadora local consideraba favorable la evolución de una paciente común con el médico oficial, en los siguientes términos: "come bien, duerme bien, extraña a la familia y, además, reconoció el lugar a la llegada a la casa de sus padres (después de mucho tiempo de ausencias)".



Esta perspectiva tiene más que ver con la salud en sentido amplio, antes que con la curación, estrechando así sus vínculos con la Atención Primaria de la Salud.

De esta forma, se tiende a la ampliación de la percepción de los propios procesos psicológicos, así como a la consideración de vínculos más vastos y diversos. Temas como el desarraigo, la migración, la violencia ejercida sobre identidades interculturales, la imposición de pautas socioinstitucionales ajenas, deben ser considerados en los procesos de la curación, otorgándose, en el mejor de los casos, un registro más amplio de comprensión de la situación.

En la estrategia del abordaje conjunto se distinguen zonas de coincidencias entre una perspectiva ampliada de la atención primaria y las prácticas populares de la atención de la salud en relación con el ámbito de la salud mental. Pero también se constatan zonas de neta exclusión.

Discutiremos ahora las primeras; después, haremos lo propio con las segundas.

Mientras que la mayoría de las teorías y prácticas occidentales tiende a una *privatización de la locura*,[15] vinculada con la rotulación de la persona, la estrategia del abordaje conjunto pretende una socialización, en tanto considera que la familia, así como la comunidad, forman parte del proceso terapéutico (tal como sin duda ocurre en la producción de la patología).

[15] Aun en los enfoques interaccionales que suelen encerrarla en el marco de la familia. La reforma psiquiátrica italiana, a partir de Basaglia (1972) y los "neobasaglianos" (De Leonardis, 1987, entre otros) incorpora la dimensión de la responsabilidad política, en una sociedad surcada por contradicciones, en la producción de la locura. Pero no enfatiza el papel comunitario en la acción propiamente terapéutica. En tal sentido, creemos que los recursos terapéuticos comunitarios son vitales en la resolución de situaciones críticas.

La segregación de la locura —sea en instituciones asilares o en el confinamiento de una situación privada analista/paciente o analista/grupo— se contrapone a la idea de una permanencia o re-incorporación de la persona con problemas en el universo de su cotidianeidad. En el abordaje conjunto se evita aislar al individuo de sus orígenes, manteniendo los vínculos con los suyos y sometiéndolos a reconsideración mediante un trabajo con los recursos socialmente significativos y culturalmente sancionados —desde los operadores locales hasta las redes comunitarias ya conformadas—.[16]

En este enfoque se pasa, entonces, del reino de la *interioridad* a una *dimensión pública* que se va haciendo cargo, a medida que adquiere posibilidades y reconocimiento social e institucional, de la constelación completa de factores presentes: desde lo predisposicional hasta la situación de privación socioeconómica imperante.

El abordaje conjunto aspira justamente a convertirse en otro factor del restablecimiento del espacio público y de las posibilidades que diversos procesos histórico-políticos sustrajeron a los grupos sociales subordinados en los procesos de producción y del uso del poder.[17]

La *participación* en el proceso de resolución de la crisis amplía la unidad mínima actuante que se torna ahora triádica: médico/paciente- grupo/curador popular. Por otro lado, se crea un *espacio de cogestión* donde todos los que están se vuelven activos, asumiendo una responsabilidad sobre la situación. Este espacio de cogestión se constituye, en principio, en un elemento que preserva la autonomía frente a la posibilidad, siempre presente, de usurpar la libertad del otro bajo un discurso de ayuda.

Los objetivos terapéuticos

- Aceptar el conflicto y volverse activo frente a él.[18]
- Revalorizar o gestar la autoestima.
- Recuperar un sentido renovado de las prácticas sociales "no occidentales" (criollas, indígenas), tales como ceremonias religiosas, representaciones del tiempo y del espacio, creencias, etcétera.
- Promover la participación de la familia y de la comunidad como fuente de ayuda terapéutica.
- No crear separación sino impulsar la autonomía dentro de la familia, lo que implica, al mismo tiempo, facilitar los cambios necesarios en los estilos de vinculación.
- Reconstruir sobre lo ya existente, o lo deteriorado, mediante los "artificios" técnicos de los respectivos curadores o los creados por los propios pacientes, los familiares o la misma comunidad.

Se pretende así una redistribución de las dificultades y de las posibilidades. En general, la demanda tiende a volcar la dificultad en un solo individuo determinado, rotulado como enfermo. Por lo tanto, el primer paso puede ser

[16] En este sentido, a diferencia de lo que plantean, por ejemplo, Speck y Attneave (1973) para terapias "occidentales", aquí no sería necesario reconstruir *ad hoc* las redes comunitarias.
[17] Pierre Bourdieu, *Cosas dichas*, Barcelona, Gedisa, 1987.
[18] Enrique Pichon Rivière, *Teoría del vínculo*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1966.

Scanned with CamScanner

que el grupo se haga cargo de la responsabilidad (aunque no de la culpa) en la producción del problema. Pero, inmediatamente, debe surgir la posibilidad del conjunto de superar este aspecto, al adquirir la noción de alternativas.[19] En esto consiste el tránsito de la redistribución de dificultades a la redistribución de posibilidades.

Una reflexión sobre la indicación del abordaje conjunto.

En general, la propuesta surge del poblador: "Me parece que debe estar empachado". Es posible que el efector oficial haga un diagnóstico diferente. Entonces, se procede a elaborar con el paciente el acuerdo de la cogestión. Necesariamente, es el poblador quien deberá definir quién será el efector del otro sistema médico. Como señalamos antes, en general la consulta a dicho efector ya ha sido realizada; en este momento simplemente se explicita un hecho consumado y esta explicitación está estrechamente relacionada con el grado de confianza de la persona con el médico, aunque puede facilitarse a través del aliento a expresar el punto de vista del poblador.

Por otro lado, el prestador oficial puede hacer un cuadro de situación que le permita anticipar la posibilidad de la cogestión.

La cogestión es un hecho si viene aconsejada por el curador popular. Quizá sea conveniente aclarar aquí que una cogestión no resulta siempre de un abordaje conjunto prolongado. Muchas veces, se trata de una consulta aislada. Aunque, en ocasiones, es necesaria una larga serie de tareas, sobre todo cuando se encaran problemas crónicos. Acá también cabe hablar de derivaciones e interconsultas entre operadores de distintos sistemas médicos.

Los puntos críticos

El campo donde se ponen más crudamente en cuestión las formas médicas de conceptualizar el proceso salud/enfermedad es el de la "salud mental". Quizá, porque, como ya expusimos, la teoría psicopatológica no tiene el consenso que es característico del modelo biomédico. Aunque, en realidad, la incógnita que subyace a ambos modelos, médico y psicosocial, parece ser la misma: a cuál "realidad" adjudicar el estatuto de *realidad/verdad*.

Según vimos, desde la perspectiva del equipo oficial de salud casi no hay dudas de que ese estatuto le corresponde al *orden biológico*. Pero, en cuanto los componentes de la enfermedad comienzan a deslizarse hacia los bordes de lo orgánico, entonces ya no son tan claras las claves para despejar la incógnita.

Esta dificultad es mayor aún en ámbitos interculturales donde coexisten diferentes clasificaciones nosológicas: por ejemplo, la de la psicopatología ("psicosis") y la popular ("daño"), por mencionar las más extremas. En general, partiendo del mayor o menor convencimiento de que la realidad/verdad está del lado del discurso médico, el diagnóstico, y por ende, los

[19] W. Arnúe y B. Kalinsky, "Hacia un estilo local en salud: una experiencia y una reflexión", *op. cit.*

subsiguientes tratos terapéuticos, se limitan a la nosología de la "medicina blanca", dando por sentado el supuesto (petición de principio, en realidad) de una traducibilidad intrínseca entre el diagnóstico popular ("daño", "susto", "ataque de nervios", etc.) y el científico.

Si bien es cierto que toda asimilación es un intento por dar un marco de comparabilidad y comprensión, puede suponerse que, cuando el diagnóstico médico se sobreimpone a los explicitados por el paciente/curador/comunidad, esa pretendida comprensión no se logra aunque persista la ilusión de lo contrario.

Cuando un terapeuta equipara un diagnóstico popular de "daño" con el de "psicosis", de ahí en más toma en cuenta a éste último, quedando el primero, en el mejor de los casos como simple anécdota, y, en el peor, como factor de perturbación a eliminar en el reconocimiento del "verdadero" padecimiento.[20]

Este reduccionismo, de últimas, puede legitimarse, en tanto se adjudican las series diagnósticas/terapéuticas no-médicas al "mundo cultural", siguiendo, desde allí, la vía ya conocida.

Es posible suponer, entonces, que si un psicoterapeuta desprevenido escucha, en su consultorio, el relato de un "daño" puede entenderlo, por ejemplo, como un "delirio". Sin embargo, en la vida cotidiana regional este tipo de relatos es muy común, aunque no sea tan frecuente que la persona lo confíe a un profesional. Para que esto ocurra, es imprescindible una estrecha relación interpersonal; y es por eso que son los agentes sanitarios quienes reciben asiduamente esta clase de inquietudes.

Las series diagnósticas no están aisladas; las une una relación de mutua transferencia tecnológica.[21]

Creemos importante profundizar este tema en vista de las rupturas presentes. En primer término, al plantear el trabajo con más de una serie diagnóstica estamos queriendo decir que se ponen en juego no sólo formas diversas de clasificar a la enfermedad mental, sino que estas clasificaciones se apoyan, a su tiempo, en categorías diferentes tanto en cuanto a la perturbación misma como en cuanto a su origen, a su naturaleza y a su tratamiento. Pero, además, estas categorías poseen sentido en un universo propio de significación que no es compartido, en términos generales, por unas y otras.[22] Por ello, deben aplicarse con extrema precaución evitando la tendencia a forzar equivalencias *a priori*. La "psicosis" no es la traducción científica del "daño". Y tampoco es una buena estrategia obrar "como si" lo fuera, utilizando ciertas categorías para la comunicación científica y otras para el discurso popular.[23] Porque, en tal caso, se trataría de un recurso retórico que no ahonda

[20] B. Good, "Comment on 'A methodology for cross-cultural ethnomedical research' by C.H. Browner, B. Ortiz de Montellano y A. Rubel", *Current Anthropology*, vol. 29, nº 5, diciembre de 1988.

[21] Por ejemplo, simplemente una forma común de denominación: "trastorno".

[22] Es obvio que en una situación de contacto intercultural, donde la sociedad "occidental" engloba al resto de los sistemas locales y regionales, se dan amplios espacios comunes. Pero es interesante destacar que también existen otros fuertemente diferenciados. En este sentido, no es posible adelantar ningún pronóstico acerca del futuro. La única vía que tendrían las ciencias sociales sería diseñar escenarios posibles, en donde se hagan actuar (con uso de la electrónica) las diferentes fuerzas según criterios preestablecidos. Pero éste no es nuestro tema.

[23] Hace poco tiempo, un pediatra nos relataba un episodio ocurrido en un hospital

Scanned with CamScanner

ni en la semántica ni en la práctica de la cuestión aquí planteada y que, adicionalmente, incurre en una deformación sistemática de la red de vínculos que se establece, ya que, de hecho, el equipo oficial no le reconoce existencia a las categorías populares; se produce así una mistificación en vínculos que deberían tender a su superación puesto que se trata del sufrimiento humano.

En segundo lugar, nos parece oportuno distinguir entre lo que puede llamarse "campo de la enfermedad" y lo que se despliega como el campo propio de la curación.

Creemos que uno no conduce, ni natural ni causalmente, al otro, aunque bien pueden estar muy relacionados.

Según nuestro punto de vista los diagnósticos pertenecen al ámbito de la enfermedad pero no al área de la curación. Esta afirmación vale tanto para la medicina científica como para las prácticas populares.

El diagnóstico es una categoría de pensamiento y de práctica que da inteligibilidad a un conjunto de hechos que son también producciones humanas: actos, comportamientos, situaciones, sueños, discursos, fantasías, etcétera. Pero esta inteligibilidad sólo es tal en tanto se asienta en universos simbólicos específicos, los cuales se configuran a partir de formas peculiares de organizar y representar la experiencia, los conocimientos y los vínculos. En tal sentido, en el caso de la enfermedad mental, el diagnóstico perfila un estilo de relación entre el que cura y el que padece la enfermedad. Es claro que esta relación puede ser, ya en sí misma, terapéutica o iatrogénica. Así, la imposición de categorías ajenas, exentas de sentido para "el otro" y sin significado compartido por el médico y el paciente, simplemente obstaculiza la recuperación. (Recordemos una vez más lo mencionado sobre el lenguaje no comprendido, como en el caso de los pases de sala en el hospital.) Y a la inversa: si el médico no logra captar las implicaciones que acarrea un diagnóstico popular asimismo no compartido, no se hallará en condiciones de ayudar al alivio del paciente. La práctica de la cogestión ayuda a una comprensión mutua; no asegura, por sí misma, una aceptación ni, menos aún, una conciliación de perspectivas, pero exige de los efectores un conocimiento y un respeto de los del otro.

Tan sólo *una aproximación simultánea desde diferentes puntos de vista* crea un espacio de explicitación e intercambio.[24]

---

de alta complejidad en una importante ciudad del país. La madre del niño internado era reticente a un tratamiento complicado con uso de aparatología sofisticada. Ella sostenía, al mismo tiempo, su propio diagnóstico popular. Ante tal circunstancia y ante el apremio que imponía la gravedad del niño, se le dijo que podía practicar una curación popular en el hospital y que, además, en el personal del establecimiento había una persona que sabía hacer este tipo de tratamiento y que estaba dispuesta a ayudarla. Pero, en realidad, esta estrategia se planteó en un contexto de descreimiento y de desprecio por la medicina popular por parte del equipo hospitalario; sólo se buscaba ganar tiempo y superar la resistencia de la madre. Era casi como un recurso técnico adicional. Para peor, el miembro del personal en cuestión no era en verdad curador popular; simplemente era oriundo de la misma provincia que la madre y su hijo. En este caso, se siguió un plan de "doble discurso", utilizando sólo el diagnóstico oficial en el que, al final y exclusivamente, se creyó. Pero, pese a todo, podemos decir que esta salida, en sí misma, constituye un avance frente a la habitual total ignorancia de la serie popular con que se pretende encarar estas situaciones interculturales.

[24] Esta vía compartida, en el caso de ser genuina, anima, al menos, a un uso no tecnicista de los lenguajes.

Otro punto complementario que merece ser tenido en cuenta se refiere a la misma *relación* entre quien ayuda y quien es ayudado.

No sólo el diagnóstico recorre esta relación; en ella se entrecruzan otros factores: los vínculos del enfermo con su propia enfermedad, o sea los significados particulares que la persona otorga a su estado[25] y, aun, los de la comunidad con la persona que padece y con su enfermedad en particular.

Allí, por ende, se condensa un *contexto sociocultural* que tiene que ver con lo más propiamente personal del sujeto (su historia biográfica, sus relaciones familiares y comunitarias, sus predisposiciones, etc.), pero, también, con lo que pertenece a una esfera más amplia.

Esta es una cuestión que no puede desconocerse, teniendo en cuenta el panorama de las diferencias culturales locales.

Del otro lado, siempre en un marco intercultural, aparece quien supuestamente orienta la cura (el médico, el psicólogo) a partir de un diagnóstico que proporciona una fuente de legitimación a su propia inteligibilidad (y estima) y, paralelamente, de des-legitimación a la comprensión del otro.

Se crea, así, un cerco de misterio inaccesible e incognoscible alrededor de la dimensión curativa propiamente dicha: misterio de las curanderas en la visión del médico y de éste último en la perspectiva de aquéllas. Aunque el médico tiene una "ventaja": puede elegir la perspectiva del sector del equipo de salud, anteponiéndola a la de la población.

El concepto de "consenso interpretativo"[26] connota al conjunto de significados compartidos que subyace a cada una de las series diagnósticas, esto es, de significados comunes y acordados a partir de conocimientos, memorias, experiencias que se condensan en un conjunto de representaciones colectivas. Este conjunto de significados implica, además, complicados procesos de elaboración y transmisión desde sus fuentes de formulación hasta la popularización de sus usos.[27]

La fuente de legitimidad de esos consensos la constituye un universo de experiencias sociales compartidas que, de hecho, se da por tácito. Es un trasfondo, con infinitos matices y obviedades, que otorga una cierta competencia para la interpretación de los problemas que ocurren dentro de ese marco (diagnósticos).

Esta competencia interpretativa[28] es la que brinda las capacidades técnicas para decidir cuáles comportamientos o situaciones han de ser catalogados como patológicos.

No queremos dar la idea de que la adscripción a un determinado consenso interpretativo permite inferir, con carácter necesario, la determinación diagnóstica. Simplemente, decimos que se da cierta orientación directriz hacia ella.

Pero bajo cada consenso interpretativo coexisten concepciones disímiles acerca de cómo interpretar al mundo.

---

[25] C. Herzlich y J. Pierret, "De ayer y de hoy: la construcción social del enfermo", *Cuadernos Médico-Sociales*, nº 43, Rosario, 1988.

[26] W. Arrúe y B. Kalinsky, "Hacia un estilo local en salud: una experiencia y una reflexión", *op. cit.*

[27] Para la medicina "occidental", el origen de la ciencia y la tecnología. Para el saber popular, se funda en un cuerpo religioso-trascendental.

[28] David Ingleby (ed.), *Psiquiatría crítica. La política de la salud mental*, Barcelona, Grijalbo, 1982.

Scanned with CamScanner

Asimismo, puede indicarse que las diferencias "clínicas" subsisten también en los diagnósticos populares. Por ejemplo, el "daño" tiene diferentes gradaciones: una forma leve puede denominarse "trastorno", mientras que otra más aguda se llamaría "burla". Una "burla muy pasada", esto es, no atendida, tiene menos posibilidades de superación.

Por otro lado, además del hecho de compartir esquemas generales de interpretación en cuyo seno, de una u otra forma, se reconoce la existencia de divergencias, resta el problema siempre presente del llamado "riesgo empírico":[29] cada vez que alguien pone en juego los marcos referenciales compartidos, cabe la posibilidad de que agregue, innove, o simplemente se equivoque en *sus usos*.

Esto representa un interesante problema no sólo para el "experto", sino también para el resto del grupo social como "intérprete" de lo que es normal y lo que es patológico (tanto en la perspectiva oficial como en la popular). ¿En qué medida las "desviaciones" van a ser comprendidas como comportamientos anormales? ¿Con cuáles criterios? ¿Nacidos dónde y con qué grado de legitimidad? Más aún, ¿qué espacio y qué incumbencia tiene, en el contexto sociopolítico vigente, el *cambio interpretativo* que pueda provenir del ejercicio del propio "experto"?

> "No digáis, ¿qué le ha pasado a ésta?: ¿no le habrá trastornado la cabeza el demonio? No, del cielo vino mi misión: 'Hagas una visita a esa niña, la designas machi, la provees con todo lo necesario. Que hable, que manifieste públicamente su designación para que se la reconozca como machi. Que la admiren, como que es una niña tan pequeña, y digan 'buena machi será esta jovencita' (...)".[30]

> "Las machis no son iguales en su proceder profesional; varían respecto de sus oraciones, sus cantos, sus bailes y sus arrebatamientos. 'En esta forma soy ordenada e instruida yo', dice cada cual.
> Tampoco es el mismo dios el que las ha instituido; cada machi tiene su dios especial y por eso está distinto también el modo en que machitucan (...)".[31]

> Y, unas páginas antes: "En todas partes he trabajado ya; tú me has asistido, padre dios; no lo hice por mi propia cuenta. Si hubiera ido a hacerlo con mis propios esfuerzos, no habría podido aliviar a los enfermos; con ayuda de mi padre dios los he aliviado".[32]

¿Contestan, al menos parcialmente, estos párrafos a las preguntas previamente formuladas? ¿En qué medida la legitimación divina de las prácticas de curar evita cuestionamientos más profanos?

2. La práctica del abordaje conjunto y la salud mental

A continuación, presentamos tres casos clínicos en los cuales, mediante

[29] M. Sahlins (a), *Islas de historia*, Barcelona, Gedisa, 1988.
[30] Pascual Coña, *Memorias de un cacique mapuche*, Santiago de Chile, ICIRA, 1973 (primera edición, 1930), pág. 332.
[31] P. Coña, *op. cit.*, pág. 368.
[32] P. Coña, *op. cit.*, pág. 365

el ejercicio más o menos logrado del abordaje conjunto, se intenta dar una respuesta acorde con lo dicho.

En el primero, planteamos la naturaleza y las condiciones del diálogo intercultural, cuidando no confundir los distintos contenidos de las asimetrías presentes: se marcan aquéllos que creemos que forman parte de la estructura misma del diálogo; se muestran los prejuicios epistemológicos que configuran una asimetría cognoscitiva; finalmente, quedan fuera de nuestro alcance, por el momento, las connotaciones político-institucionales.

En el segundo caso, queremos mostrar que el ejercicio del abordaje conjunto no siempre conduce a los resultados deseados; que no garantiza, por sí solo, una mayor calidad del acto médico; y que tiene que acompañarse de ciertas condiciones de posibilidad que pueden sobrepasar los recursos propios del equipo oficial de salud.

El tercer caso clínico, que es objeto del próximo capítulo, se interna en una problemática particular de esta estrategia conjunta: la incorporación, y no con un mero carácter auxiliar, de la dimensión sociocultural en la atención de la salud (mental).

Primer caso

El vínculo terapéutico y el proceso de conocimiento en un medio intercultural

El 26 de enero de 1990, a las once de la noche, el Dr. Fernando Gore realiza una derivación por guardia de emergencia del Hospital Ramón Carrillo de San Martín de los Andes.

Había atendido a José Catrinao, de 17 años, quien concurrió acompañado de su madre y su tío. José había sufrido un traumatismo de cráneo con alteraciones de memoria. Luego del examen correspondiente, Gore concluye: "Esto lo tiene que llevar adelante la gente de salud mental". Y proporciona un adelanto de algunos aspectos relacionados con lo familiar-cultural.

El motivo de consulta fue: "José está desmemoriado". Con el correr de la entrevista se agrega: "José está embrujado".

Esa tarde había sufrido un golpe fuerte al caerse del caballo. Pero desde la mañana tenía una pérdida muy notable de la memoria. Ahondando en el tema, en realidad venía desmemoriado desde mucho antes. En una de las escasas intervenciones, José dice sentirse como perdido. Durante la entrevista, está aislado, con la cabeza gacha y conversa poco.

Juan, el tío, y sobre todo Felisa, la madre, hablan por él. Juan, con quien José trabaja en la construcción, dice que esa mañana estaba particularmente desmemoriado.

A los 9 años José se golpeó con un palo y tuvo tétanos; estuvo muy grave.

Ahora, la familia vive en un barrio suburbano de San Martín de los Andes.

La familia de origen habita en una reserva, en los alrededores de Junín de los Andes (localidad vecina).

Felisa, viuda de Anselmo Catrinao, padre de José, se casó con Ernesto Cifuentes, de 22 años, la edad de sus hijos mayores. Ambos

Scanned with CamScanner

tienen un hijo de 3 años.

La noche del 24 de enero pasó algo raro. Lo sintieron todos los que estaban, varios de los hijos de Felisa, aunque ella no, porque estaba durmiendo. Alguien quería entrar a la casa. Movía el picaporte. En la cocina había ruido de vasos y utensilios. Ya en oportunidades anteriores habían escuchado ruido de pasos. Todos sintieron la presencia del finado Anselmo Catrinao, padre de José y anterior esposo de Felisa. José conversó con el padre y le dijo que si quería tomar mate "yo te lo dejo preparado". José dice que preparó el mate "para que se dejara de joder". Los perros ladraban y lloraban. José salió a recorrer los alrededores de la casa y no encontró a nadie. Francisco, hermano mayor de José, dijo que éste era corajudo. Después le gritó: "Al que está molestando que se deje de molestar".

La familia vive con la madre de Anselmo, el extinto. Periódicamente, la abuela amenaza a los chicos con que Anselmo se les va a aparecer si se portan mal.

Anselmo era alcohólico crónico. Tenía muy mala relación con su familia. Maltrataba físicamente a su esposa y a sus hijos.

José dice: "Papá me pegaba y yo no lo quería".

Felisa: "Yo tomaba mate con él, antes que se volviera muy alcohólico".

Recurrieron al médico pero sin resultado.

José tenía alucinaciones con frecuencia.

Felisa: "En eso, José se parece al padre".

En 1983 consultaron en una oportunidad por la violación de Ana (Felisa llora al contarlo), que en ese entonces tenía 9 años.

Anselmo estuvo detenido en Zapala. Los amenazó con vengarse si lo denunciaban.

Durante mucho tiempo, Felisa soñaba y pensaba en la violación, que fue reiterada y a la que había presenciado en oportunidad de la consulta.

Anselmo no trabajaba. Felisa y la hija mayor eran empleadas domésticas. Los chicos hacían changas.

Anselmo había fallecido en un accidente automovilístico, hacía cuatro años, en Neuquén, lejos de su familia. Estaba en libertad.

Dice Felisa que, al otro día de la aparición de Anselmo, vio el mate preparado y se lo tomó. Ella no sabía de lo ocurrido porque se había dormido antes.

Dice José: "Estuve un año perdido".

Cuentan una consulta previa a una curadora popular, pero sin resultado positivo.

Wille: "¿Qué creen que les está pasando?"

Todos dicen que debe ser un mal. Al principio, hablan con temor.

Wille: "¿Por qué consultan al hospital?"

Felisa: "Porque es más fácil traerlo. Además es más barato". (El servicio del hospital es gratuito.)

Ya más en confianza, dicen de la necesidad de que intervenga una curadora que entienda de males.

Solicitan a Wille su parecer sobre las curadoras del lugar.

Una vez mencionada la lista que conoce, se deciden por doña Segura. Después, piden que José quede internado. Wille está de acuerdo para "que se reponga un poco".

El 27 de enero, dice Felisa: "Después que quedó internado, le curaron

la cabeza, porque decía que le dolía mucho. Pero no le pusieron calmante ni nada. Bueno, se tranquilizó. Permanentemente preguntaba por los perros hasta que le dije ¿qué pasa con los perros? Entonces, José me dijo que el golpe lo recibió porque se tropezó con la perra. También me decía, muchas veces me lo dijo, del vecino que tiene un nenito rubio.

Hasta que ya de madrugada le dije que se duerma, que estaba 'infadiando' (quiere decir: tener fiebre). A eso de las cuatro de la mañana agarró la cabecera (almohada) y se puso a buscar en el piso.

Después se durmió. Y cuando se despertó a la mañana, me dijo que no se acordaba de nada".

La evolución de José fue buena. También mejoró la comunicación con los médicos.

José comentó que había llevado la yegua para tomar agua y que alguien le había pegado una cachetada en la cara. Se cayó del caballo y luego no recordó nada más, hasta el momento de la entrevista del 26 de enero a la noche, en el hospital.

José: "Estuve dieciséis años al pedo y uno soñando".

Felisa pide la dirección de doña Segura, a quien no conocía.

Ella le indica que lleve "las aguas" porque no puede venir al hospital. Las necesita para sabe qué tiene José.

Felisa vuelve con la orina de José y doña Segura dice que tiene "debilidad de tipo cerebral", probablemente por el tétanos que tuvo —dice— "y como no le dieron ni vitaminas, ni calcio, ni fierro, ni nada, y con el desarrollo que tiene está muy débil, entonces se le está yendo todo a la cabeza".

Dio un té de yuyos para que José se mejorara. Una medida de tres dedos, cuatro veces al día.

Quedamos en una nueva entrevista para el 29 de enero. Entre tanto, José seguiría internado.

En la reunión de ese día, están presentes José, Felisa, Francisco y María (hermanos mayores) y Ana (15 años). También Wille y Lucrecia (estudiante de psicología).

José está mucho más animado.

Francisco y él cursan el colegio secundario en Junín de los Andes y ambos viven en un internado para capacitación técnica. Todos los fines de semana vuelven a la casa "para comer mejor".

José está en tercer año, pero a Francisco no le va tan bien y está atrasado. José tiene ganas de volver a la escuela, Francisco no.

Ambos, junto con María y Ana, comentan, esta vez en conjunto, los sucesos de la noche del 24 de enero.

Admiran el coraje de José.

Francisco: "Yo tenía miedo y me quedé en la casa. En cambio, José salió, y después le dijo al merodeador que se dejara de joder y que tomara mate. Y cómo ladraban y lloraban los perros".

María: "Yo fui la última en acostarme".

Ana: "Yo tuve mucho miedo".

Francisco dice que hace tres años que escuchaban estos ruidos cada dos semanas, más o menos.

José amplía algunos aspectos del momento del golpe: "Cuando me caía de la yegua me cubrí la cabeza con el brazo, y después me quedó doliendo el brazo. Me gustaría irme del hospital, y en cuanto pueda, volver

Scanned with CamScanner

al colegio".

Todos están preocupados porque doña Segura no les dijo nada acerca de la casa. Felisa pide a Wille que la vea a doña Segura para interesarla para que "cure" la casa, "porque entre médicos se entienden mejor".

Estamos de acuerdo en que José podía irse del hospital y volver a casa. Wille vería a doña Segura y el 1º de febrero se encontrarían otra vez en una entrevista.

El 30 de enero se concreta la reunión con doña Segura. Hace pasar rápidamente, a pesar de que tenía algunas personas esperando.

En la cocina-comedor hablamos de algunas personas que van a vernos (pacientes comunes).

Wille: "Doña Felisa me pidió que la viera porque está muy preocupada. Y su familia".

Segura: "José no tiene ningún daño. Sí debilidad. Le indiqué unas vitaminas y un té de yuyos".

Wille: "Pero, ¿qué pasa con las apariciones?"

Segura: "La carne se destruye pero no el espíritu. El espíritu del finado se quedó en la casa. Los espíritus quedan dando vuelta y luego se encarnan en otras personas. Suelen aparecerse cuando ha habido peleas con los deudos. Es común. Muchas veces he tenido consulta por esto. Hay que curar la casa. Pero primero tengo que hacer un reconocimiento para tener una idea. Mientras tanto, la familia tiene que hacer misas por el muerto".

Después pidió a Wille que le dijera a la familia que se acercara nuevamente a lo de ella.

También le pidió que no dejara de visitar a los presos para hablar con ellos, no sólo porque les hacía bien sino también porque ahora estaba un hijo suyo.

El 1º de febrero, la última entrevista, se reúnen Felisa, María, Ana y José. También Wille y Lucrecia.

Todos dice que no tienen novedades y que andan bien.

Wille: "¿No te caés más de los caballos?".

José: "No, ayer anduve a caballo".

Wille: "Ustedes me habían hecho un encargo el otro día, ¿se acuerdan?"

Felisa: "Sí, si podía hablar con doña Segura. Para ser más seguros".

José dice no recordar el tema.

Wille: "Lo que pasaba en la casa por los ruidos que se sentían y, después, por lo que le pasó a José".

Se les informa lo que doña Segura contestó acerca del espíritu que estaba rondando en la casa y que era posible curarla; que tienen que hacer misas para que Anselmo descanse en paz y que doña Segura debe ir a la casa.

Cuando le dieron el alta a José, Felisa lo llevó a lo de doña Segura para que lo conociera. Ella les reiteró que lo de José no era un "daño" y que podía curar la casa, siempre y cuando consiguieran las cosas que ella pedía. Además, tendrían que pagarle.

Wille: "Vos, José, ¿qué opinás de esto?

José: "Yo, prácticamente no estoy nunca en la casa. Ni de noche. Esa

noche estuve por casualidad".

Wille: "Hay muchas cosas pendientes. Parecería que hay muchas broncas. Muchos problemas. ¿Por qué hay tanto miedo con el difunto?"

Felisa: "Yo a veces tengo miedo, pienso cosas, no sé... Porque cuando él estuvo enfermo nadie supo si era un mal el que tenía. Posiblemente sería un mal. Porque primero dijo que hizo una jugada. Pero no sé, hasta ahora nadie supo qué jugada. Todos ellos que están grandes, eran chiquitos. María, la mayor, tenía 4 años. Hizo una jugada y le dijeron que se tenía que cortar todas las uñas y tragárselas.

Y si no se tragaba todas las uñas, se le iba a morir el hijo más querido que tenía. En ese entonces, el hijo más querido para él era Francisco. El lo quería mucho cuando era chiquito.

No sabemos con quién hizo esta jugada. El nos decía cuando estaba perdido. No sabemos con qué.

Cada dos o tres días, le daba eso que se perdía, él corría y sentía ruidos, sentía que alguien lo llamaba, estaba acostado y sentía que alguien iba debajo de la almohada y hacía cosas para que se levante. El decía: 'Yo siento que acá me hablan', pero nadie lo escuchaba ni nadie le creía.

Entonces, decía: 'Mi abuela tenía brujo, pero se fue a Tierra del Fuego, se fue a morir la abuela. Que la llevó un hijo, la madre del padre de él y yo siento que tengo que tomar el poder de ella. Pero yo no lo quise tomar". El no quería ser brujo. Entonces quedó desmemoriado, siempre vivió mal. Si uno no acepta esa posibilidad se debe volver loco.

Yo lo tuve mucho preso en Junín. Y se volvió loco, se desnudaba, salía corriendo, saltaba alambres enteros, cercos, de noche. Y nosotros lo seguíamos por miedo que le pasara algo. Pero nunca, nunca le pasó nada. El decía: 'A mí nunca me va a pasar nada, porque yo sé dónde piso'.

Pero, si él sabía qué era lo que pisaba, ¿qué era lo que lo tenía así?

Nunca lo aclaró.

Lo llevaron, la madre lo puso en un evangelio de esos que dicen que curan la enfermedad. No se curó.

Después que estuvo preso en Junín, lo iban a mandar al manicomio.

El comisario me dice: 'Tiene que ir al evangelio, señora. Los del evangelio sanan esta clase de enfermedad. Acá está muy mal, porque está loco. No se puede tener acá'.

Fuimos, con una hermana de él, a lo de una tía que es evangélica, que viven en Junín.

Ella dijo: 'Bueno, tráiganme una ropa interior y vamos a hablar con el pastor para ver qué dice'.

Yo fui corriendo, como andábamos todos, a la carrera.

Fui a buscar una camiseta que solía llevar a la comisaría para cambiarlo.

La llevamos a la iglesia y dijo el pastor: 'Esto tiene que quedar acá. Y si es que tiene mal, se tiene que mejorar en el acto. Ud., mañana temprano, va a la policía y lo ve cómo amaneció. Después, viene y me dice'.

Hacía semanas que no comía, él andaba, saltaba, subía a las paredes.

Entonces, al otro día, el agente que estaba de guardia me dijo: 'Su marido murió'"

Scanned with CamScanner

Yo le creí, porque ese día andaba mal, pero era una broma.

El apareció bien. A la hora que yo estaba en la iglesia rezando por él, se había compuesto. Dijo: 'Cuando eran las nueve de la noche, sentí que me salía humo de la cabeza. Parece que me hubiera explotado la cabeza y me dio un hambre; comía todo lo que encontraba, hasta fueron los policías al restaurante a buscar comida'.

Pero, ¿qué pasó? El tenía que seguir la religión según ellos, pero él no era católico, evangélico, ni nada.

El pastor dijo: 'Si él mejora, tiene que venir a dar gracias a Dios y tiene que seguir la religión'. Pero él no quiso. Anduvo bien una semana, pero después empezó de vuelta. Cada semana le daba fuertísimo y no había caso de soportarlo, él estaba loco. Pero él sabía todo lo que hacía, lo que hablaban, lo que veía; él sabía, se acordaba de todo.

Yo todo el tiempo tuve miedo.

Se fue a la estancia Santa Marta, a trabajar, con Menéndez, que hacían obras ahí. Y dice que un día cobró la quincena, una persona andaba ahí, que le hablaba, que le decía que tenía que comprar calzado a los chicos. Era una mujer, decía, que le hablaba y le hacía un pedido completo para la casa".

Wille: "Pero, ¿era una mujer imaginaria?"

Felisa: "Claro, él sentía que una mujer le hablaba, pero nunca le vio la cara. Y dice que le pedía esto, zapatos número tanto, y eran todos del número que ellos tenían. El nunca les compró calzado y nunca sabía qué número tenían. Y ahí, como la mujer esa le hablaba, le dictaba los números. El número que era para mí, ella no supo. Ahí la erró, y ese zapato estuvo dando vueltas.

'Todo me lo hicieron comprar', decía. Y yo le preguntaba ¿quién? Porque él nunca compraba cosas para los chicos.

Dice: 'Una señora que siempre me habla, me tenía loco en el almacén. Si no me creés, le vamos a preguntar a la señora del almacén; yo compraba porque alguien me estaba dictando'.

Wille: "¡Más que sugerente todo!".

Felisa: "El siguió así. Después tenía que venir a las reuniones de alcohólicos. Pero él se puso a tomar".

Wille: "¿Qué pasó después?"

Felisa: "¿Usted se refiere a lo que pasó con Ana?"

Wille: "Sí. ¿Vos te acordás de eso, Ana?"

Ana asiente y se pone a llorar.

Felisa: "Ella tenía nueve años. El ya a mi casa nunca más llegó. Estuvo preso en Zapala. Nosotros lo íbamos a ver. Siempre. Después lo llevaron a Buenos Aires. Por la obra social de un hermano lo llevaron a un psiquiátrico. Y dicen que se había compuesto al último, que estaba bien. Nosotros no lo vimos más. Hacía dos años que no lo veíamos. Después se largó a tomar de vuelta. Estaba en Neuquén. Ya no paraba de tomar más nada, no hacía caso. El era responsable de su mal. Hasta que un día lo pisó un auto en el aeropuesrto. Lo trajeron, fuímos al velorio y está enterrado en Junín".

Wille: "¿Ustedes van de vez en cuando a rezar?"

Felisa: "Yo, para qué voy a mentir, no voy nunca".

María: "Yo voy a rezar todos los meses al cementerio".

Wille: "¿Y vos vas, Ana?"

Ana: "Yo no".

Wille: "¿Vos tenés mucha bronca con él?"

Ana: "Y, no sé". (llora).

Wille: "Ocurrieron cosas duras con vos, ¿no?"

Felisa: "Ella era chiquita, era mi única casera".

Wille: "¿Vos recordás eso y te ponés muy mal?".

Ana: "Sí" (sigue llorando).

Wille: "Vos, José, ¿te acordás de estas cosas? ¿También estás con mucha bronca?".

José: "¿Qué le parece?".

Wille: "Me parece importante que toda la familia piense lo siguiente: hay muchas personas que hacen las cosas por voluntad, sean buenas o malas. Esto es muy importante que vos, Ana, escuchés, ¿sabés? Y hay muchas otras personas que hacen las cosas por encima de su voluntad. ¿Se entiende? A veces, incluso, en contra de su voluntad. Yo no entiendo mucho de algunas cosas, por ejemplo, el tema este de los "daños", de las brujas, lo de la abuelita. Esto yo no lo entiendo. Pero la gente que entiende, dice que está por encima de la voluntad de las personas.

Pero sí, de la parte médica yo entiendo cosas. Yo entiendo que cuando una persona está dominada por el alcohol, con mucho daño encima hecho por el alcohol, también ocurren cosas de éstas, es decir, que algo muy diferente debe haber sido tu papá con alcohol que tu papá sin alcohol. Yo me acuerdo que usted me decía que tomaba mate con él, cuando no tomaba alcohol. Después que se empezó a deteriorar por el alcohol, dejó de tomar mate con él. Esto tiene que haber pasado también en otros aspectos. Yo digo esto en especial por Ana, que está muy afectada por las cosas que le pasaron. Yo creo que tu papá era fundamentalmente tu papá sin alcohol. El papá sin alcohol seguramente no habría hecho lo que hizo el papá con alcohol.

Las cosas a Ana, los golpes a vos, José.

Me interesaría que ustedes piensen que María es realmente la persona que está marcando acá una línea en este sentido. María ha podido entender las cosas sin pensarlo demasiado. Por eso es que María se acerca, y reza por él, lo visita".

Felisa (llorando): "Lo que pasa es que ella... A mí con él me han pasado muchas cosas. No tengo palabras... Lo presentí... Ese día estaba mal... Tengo de testigos a mis compañeras que ese día estaba mal. Que María no estaba en casa, si no, a lo mejor, hubiese sido ella la afectada. Fue a buscar a su hermanito. Quedaron los otros. El jamás nos dio nada para la casa. Ni una silla. Toda mi vida trabajé yo para armar la casa. Pero antes, cuando recién nos juntamos, vivimos en una casa de palo. Después, empezamos mal y yo me disparé de Junín para acá. Porque ya no era vida. Me dice mi hermana: 'Te alquilamos una pieza, andáte para allá, nosotros te apoyamos. Para que puedas criar un poco a los chicos'.

Con María llevó siempre una vida normal, bien, nunca estuvo equivocado ni ella ni él. Los chicos, como lo veían que él era tan torpe conmigo, nunca anduvieron de acuerdo. Ni con Francisco, que me dijo: 'Un día voy a tener dieciséis años, mamá, y esto se va a terminar. No puede ser que todo el tiempo vos trabajando, estropeada por él, nadie hace nada por vos'.

Yo vivía en la policía porque todos los días eran cosas increíbles lo

Scanned with CamScanner

que pasaba en mi casa. Ya estaban cansados de mí, todos los días en la policía, en el hospital. Y así yo trabajaba. Después le dije por qué no se iba si no quería vivir con nosotros. 'Dejáme criar a los chicos, que yo trabajo. Andáte con tus amigos. No te pedimos nada. Dejános tomar mate tranquilos. Que coman tranquilos lo que yo cocino', porque llegaba justo a la hora de comer, y agarraba la olla y la revoleaba.

Entonces, él me dijo: 'Un día me voy a ir, te voy a dejar tranquila, criá tus hijos'.

Se fue. Dos o tres veces se fue. Pero se iba a su casa a Junín y volvía a la semana. Pero esa vez volvió después de dos meses. Estaba con su mamá en Junín; cuando volvió y me dijo: 'Vengo con un propósito. Yo me voy a mandar una macana muy grande, cosa que no me vean más acá. Yo me voy a ir a la cárcel donde nunca me van a ver'.

El no estaba borracho ese día. Lo voy a discutir toda mi vida que él no estaba borracho. Había comprado un litro de vino a la mañana. Le duró todo el día. Lo había mandado a José a comprarlo. Cuando yo llegué tenía más de medio litro.

Después de lo que pasó, yo le recordé que él me había advertido lo que iba a pasar el domingo. '¿Por qué no lo hiciste con otra persona, no con tu propia hija?'

Salí del trabajo y no supe cómo llegar a casa. Mire que del hotel a mi casa no me eché ni quince minutos. Pensaba que algo pasaba en mi casa. Que algo le pasaría a los chicos.

Que los chicos me contaron que a cada rato llamaba a Ana y la buscaba en la cocina, y la encerraba y a cada rato así.

El estaba sabiendo lo que estaba haciendo. Y él les preguntó por la hora, y los chicos le dijeron que eran las cinco menos veinte. Y que ya estaba por llegar mamá. Lo primero que hago al llegar es contar a los chicos y faltaba ella. Y me dice Francisco, cada rato le llegó a pegar a la Ana. 'Ahora la tiene en la pieza. No sé, nosotros no nos animamos a entrar'. Había aflojado el foco de la luz. Cuando yo lo ajusté la tenía a ella toda la cabeza envuelta en una frazada y la tenía así toda descubierta.

Entonces, cuando me dice que el alcohólico es una enfermedad, yo no creo, le discuto siempre. Cosas así un borracho no hace. Pelea entre hombres".

Wille: "Ante todo le quiero decir lo siguiente. No le quiero macanear. Lo que le quiero mostrar es que las cosas que hacía estaban por encima de él, de su voluntad. Ya sea por la parte de los 'daños', de eso yo no entiendo, ya sea por la parte médica, la persona alcoholizada no necesariamente tiene el problema cuando toma el alcohol. Ya tiene un deterioro previo, que a veces es permanente. Así que no es necesario que una persona alcohólica esté borracha para hacer cosas no adecuadas.

No me cabe ninguna duda de que tu papá era alcohólico. Tal es así que él estaba buscando que lo castigaran. El, como había perdido tanto el control, se daba cuenta que la única manera que tenía de controlarse y de no hacer macanas a otros era estando preso. Entonces, él buscó que lo metieran preso. Porque si no, no le va a decir a usted. 'Yo me voy a mandar una macana grande', como anunciándolo, como pidiéndole: 'Métame preso'. Porque le estaba pidiendo eso.

No sé si se da cuenta. Porque si uno quiere hacer algo malo, trata de pasar inadvertido. El propósito de él era que lo contuvieran, porque él ya

no podía contenerse más. Esto habla de una persona muy, muy enferma desde el punto de vista médico; y, desde el otro punto de vista, habrá seguramente otra explicación.

Esto que me dice usted me confirma mucho más lo que estuvo diciendo sobre que la memoria de Anselmo nos merece sobre todo lástima.

Es piedad lo que inspira, por más que haya personas, y te estoy mirando a vos, Ana, especialmente, y a vos José, que han sido afectadas.

Yo les voy a dar una tarea a todos, incluso a vos, José, que sé que te va a resultar muy difícil. Pero es una tarea importante. Ustedes van a ir al cementerio de Junín. Toda la familia y van a poner una vela al papá. Y van a rezar. Y van a volver la semana que viene. ¿De acuerdo? Vos también, José".

José: "No sé..."

Wille: "Yo sé que a vos te va resultar más difícil que a Ana, que ya está entendiendo esto. Vos también comenzaste a entenderlo, pero sé que hay problemas de orgullo, de amor propio, que hacen que resulte difícil, pero esto lo debés hacer no solamente por la memoria de tu papá; tenés que hacerlo fundamentalmente por vos mismo".

Queremos, esta vez, enfatizar los pormenores del proceso peculiar de comunicación que tiene lugar en un espacio globalizador, vertebrado por dos ejes: el de salud/enfermedad/atención/curación/muerte y el del contacto intercultural.[33]

En lo relativo al primero de los ejes, ya señalamos la presencia de diferentes fuentes de formulación y de prácticas.

La cuota alta de incertidumbre provocada por el segundo de ellos hace que las decisiones diagnósticas y terapéuticas dependan tanto de factores clínicos (como es habitual, en realidad, en cualquier situación de este tipo) como de extra-clínicos.

Creemos que son los últimos los que en definitiva modelan la expresión de los primeros.

La situación del médico que se enfrenta con problemáticas familiares como la aquí presentada, aunque no esté solo —ya que es parte del equipo oficial de salud—, puede asimilarse, en parte, a la del antropólogo en situación "de campo" (*fieldwork*), con una diferencia importante: el antropólogo, finalmente, tarde o temprano, se va, mientras que el perfil del médico con que estamos trabajando corresponde al de un individuo con una residencia más o menos estable en la comunidad. Este factor opera en favor de la reducción del impacto cultural entre los potenciales participantes de un encuentro terapéutico en el área de la salud mental.

También los objetivos de uno y otro —médico y antropólogo— atentarían contra esta analogía provisoria.

La premura del médico por delinear alguna ayuda para quien tiene frente a sí y sufre no es comparable con el ritmo propio de los procesos de conocimiento antropológicos, aunque, en cierta medida, en el campo de la salud (mental) unos conocimientos dependan de otros.

En tal sentido, nos parece que la antropología ha estado siempre algo

[33] M.L. Brunel, "L'empathie en counseling interculturelle", *Santé mentale au Québec*, XIV (1), 1989.

Scanned with CamScanner

retrasada en cuanto a su contribución al campo de la clínica de la salud mental, y al de la prevención de la enfermedad mental. Ello se evidencia claramente al menos en dos instancias: (a) la consideración sociocultural, si se realiza, es posterior a la psicológica o psicológico-social; (b) existe una visible dificultad para la incorporación oficial de la figura del antropólogo a la actividad usual de los equipos de salud.

Por ello nos parece que la sola explicitación de la naturaleza de esta interdependencia puede ser, en sí misma, un nuevo factor de conocimiento.

Hay dos núcleos compartidos que, en este tipo de contextos, acercan apreciablemente la actividad del médico y la propia del trabajo antropológico:

1. La consideración socioinstitucional de los procesos interculturales.
2. El problema de la traducción de los universos simbólicos.

1. La naturaleza y destino de los procesos que se desencadenan cuando dos culturas se ponen en contacto compulsivo no pueden considerarse aislados.[34]

Dado que la situación socioinstitucional "hegemonía/subordinación" en el macronivel lo abarca todo y no puede eludirse, ella confiere una marca indeleble a todo el ciclo de la vida (personal, grupal, comunal, social, político, institucional, simbólica, técnica, etc.) tanto del que domina como de quien está en situación de subalternidad. Pero, admitida esta situación ella no puede convertirse en la única explicación que demos al estado de cosas existente, ya que, a la postre, al convertirse en mera tautología, pierde su fuerza explicativa. Este proceder opaca ámbitos que, en el área que compete a la salud mental, son cruciales: por un lado, se pasa por alto la versatilidad que adquiere "la dominación" frente a "lo dominado". Por otro lado, tampoco se tienen en cuenta las formas intermedias que se van creando en los sistemas autoritarios según los diversos contextos y las diferentes condiciones de posibilidades en que dichos sistemas funcionan.

Si bien la presencia generalizada de una asimetría estructural en la posición de los distintos sistemas socioculturales actúa como telón de fondo en el compaginado de estrategias de intermediación entre los miembros de *todos* los sistemas presentes (incluidos el terapeuta y el antropólogo), en la medida en que se haga de ella una explicación homogénea, se confunde la macroestructura con el resto de los niveles. En consecuencia, se pierden de vista la positividad (parcial) y los contenidos de estas adecuaciones.

Ellas tienen como factor común y definitorio los procesos de innovación simbólica (social y material), que no pueden ser identificados, reconocidos, ni menos aún comprendidos por quienes ven "sólo" con el marco de "La Dominación" (con mayúsculas).

Es así, por ejemplo, que, tanto desde la psicopatología como desde la antropología, se ha concedido poco espacio a los procedimientos de apropiación que llevan adelante los segmentos socioculturales subordinados, entre los cuales figura en un lugar privilegiado, al menos en el campo de la salud, la dimensión semántica: dar sentidos nuevos, recreando lo existente a la luz de lo impuesto y reactualizando lo impuesto a la luz de lo existente,

[34] Roger Keesing, "Anthropology as interpretative quest", *Current Anthropology*, vol. 28, nº 2, abril de 1987.

componiendo lo actual con lo nuevo, producto de una tensión creadora que, junto a la tensión opresora, conforman el juego presente de las fuerzas con que hay que lidiar.

Preocupados por dilucidar nuestro propio planteo de la "cultura exótica" en cuanto a sus consecuencias sobre nuestros modos y posibilidades de conocimiento (fascinados, a la vez, por el contraste que ofrece a nuestra percepción y sentido común —y estético—), nos hemos olvidado de la dirección inversa: es decir, cuando es la sociedad "occidental" la que se vuelve exótica. Es éste una vasto problema con implicaciones directas en el área de la salud mental; porque entre estas dos clases de exotismo hay una diferencia abismal: uno es subsidiario, si se quiere "de costado", cuando no anecdótico. El otro constituye la dureza e impiedad de una realidad inevitable.

Es interesante subrayar una distinción que suele ocultarse en los planteos excesivamente agregados a los que aludimos. Hay límites impuestos *por* la dominación y que son bastante bien conocidos: pobreza, enfermedad, muerte (es decir, aquéllos por los que la antropología cultural ha mostrado bastante poco interés como para considerarlos en sí mismos),[35] además de la desarticulación simbólica que produce el contacto de estas culturas con la medicina occidental.

Sin embargo, también existen otros límites, esta vez impuestos *a* la dominación por los sistemas subordinados. La presencia de zonas de relativa autonomía en la producción simbólica (prácticas populares del cuidado de la salud); los conjuntos de apropiaciones funcionales, tales como la utilización de remedios de patente que contribuyen al cuidado de las "enfermedades populares", así como la directividad de los curadores populares que incluyen en su espectro terapéutico factores de la medicina oficial (por ejemplo, entrevistas de los pacientes con el médico que, de hecho, se agencian de espacios "oficiales"); la utilización de la consulta con el médico para refrendar, o completar, un diagnóstico ya formulado y que se sigue manteniendo,[36] son todos aspectos que si bien se expresan desde la subordinación, presentan consecuencias no bien ponderadas sobre su relación con la dominación.

Estas cuestiones están siendo lentamente reconocidas. En tal sentido, se empieza a relativizar la asimetría entre médico y paciente, entre investigador e "informante", lo que ya ha llevado incluso a cambiar los nombres de referencia: "ayudador-facilitador-cliente", socios de investigación *("partners-in-research")*.[37]

Entonces, es cierto que es el terapeuta (o el investigador) quien halla las condiciones más favorables para convertir sistemáticamente su discurso en parte de un contexto autoritario (preexistente o no), pero tal sistematicidad

[35] Eduardo Menéndez, "Medicina tradicional o sistemas práctico-ideológicos de los conjuntos sociales como primer nivel de atención", México, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, setiembre de 1986; "Reproducción social, mortalidad y antropología médica", *Cuadernos Médico-Sociales*, vol. 49-50, Rosario, set-dic. de 1989.

[36] L. Sachs, "Misunderstanding as therapy: doctors, patients and medicines in a rural clinic in Sri Lanka", *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 13, nº 3, setiembre de 1989.

[37] Larry Honko, "Studies on tradition and cultural identity. An Introduction", *ARV. Scandinavian Yearbook of Folklore*, vol. 42, Estocolmo, 1986; Mario Rabey y B. Kalinsky, "El contrato cognoscitivo", *Epistemología de las Ciencias Sociales*, Cuaderno nº 1, Departamento de Antropología, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires, 1991.

Scanned with CamScanner

desvirtúa, a la larga, su objetivo profesional. Al comprobar esta esterilización de su tarea tiene a disposición, por supuesto, el camino de reforzar los canales de la imposición, pero no sin consecuencias: para el investigador, la del "fantasma" del dato viciado (información falsa); y para el terapeuta, la de la "fuga" del paciente hacia el sistema popular de salud y, por ende, la ruptura del vínculo interpersonal (la realización de su propio "fantasma").

2. Hay una segunda clase de factores que queremos destacar y que, en primera instancia, competen tanto al terapeuta como al antropólogo. Ambos cuentan con la palabra como herramienta fundamental de su actividad. También ambos tienen la palabra del "otro étnico" como el recurso que posibilita su propia palabra.

Pero, ¿qué lugar ocupa la palabra del "otro" en la palabra de uno?

Es cierto que el significado del "ajeno" es incorporado a textos diferentes: el terapéutico o el etnográfico (no ignoramos las ocasiones en que el texto etnográfico se vuelve terapéutico y este último de primera calidad etnográfica). Pero si bien difieren en su naturaleza, las estrategias de su constitución suelen apelar a medios semejantes.

En general el relato (la palabra) del "otro" ha sido considerado como un primer paso heurístico, una instancia subsidiaria, en la elaboración de un meta-relato que lo abarca y que, por eso mismo, lo comprime:[38] el texto etnográfico (teoría) en el caso del antropólogo; el diagnóstico y, por ende, los consecuentes tratos terapéuticos que se limitan a la nosología de la "medicina blanca", en el caso del terapeuta.

La voz del "otro" (étnico, en nuestro caso) queda expresada en la voz de uno, usando el supuesto (en realidad, la petición de principio) según el cual hay una traducibilidad intrínseca entre estas dos voces, lo cual aseguraría, a su tiempo, la inalterabilidad de los textos originales. Aunque esta inalterabilidad efectivamente persiste en cuanto a que sigue siendo recreada por el "otro", empobrece el vínculo interpersonal y, por ende, lo priva de su potencia como factor de conocimiento o de curación.

Aun cuando el exotismo (choque cultural) pueda crear un clima negativo en el universo del médico, su definitiva reducción no hace más que invertir la cuestión. No es usual que se reflexione sobre la traducibilidad del discurso "occidental" de la enfermedad (mental) a otros universos culturales. Ello se debe, posiblemente, a un enfoque anti-relativista de lo cultural.

Se puede aceptar la diversidad sociocultural como dato; pero, al plantear el problema semántico de la traducción en una sola de las direcciones posibles (del paciente al médico), se lo da por resuelto en favor de un principio de unicidad sociocultural, en el que la última palabra la tiene la sociedad "occidental".

(Nótese que unicidad *no* es igual a unidad, al menos como se usan aquí los términos. No se discute sino que se afirma —véase la Introducción— la *unidad* genérica del hombre y de las culturas. En cambio la *unicidad* es un concepto que tiende a borrar la diversidad, invariablemente a favor de quien impone.)

Una vez más se están restando de esta forma los recursos terapéuticos

[38] George Marcus y James Clifford, "The making of ethnographic texts: a preliminary report", *Current Anthropology*, vol. 26, nº 2, abril de 1985; Dennis Tedlock, "Questions concerning dialogical anthropology", *Journal of Anthropological Research*, 43, 1987.

que se configuran a partir del conjunto de paridades o disparidades que se formulan desde la perspectiva del grupo-paciente.

Suele haber, entonces, un "control autorial"[39] en el cual se anula la literalidad de la palabra del "otro". El medio que se usa es, como dijimos, el meta-relato.

La anulación puede producirse ya sea por el camino del forzamiento de equivalencias (subsumir significados/trazar comparabilidades, etc.), una sobreinterpretación[40] que, a fuerza de metáforas (propias o puestas en boca del "otro"), lo hace irreconocible, lo falsea, lo transforma en otro discurso que, ya ajeno, retorna a su primer formulador.[41]

Un segundo enfoque, de efectos similares, se delinea a partir del principio de la no-traducibilidad semántica de diferentes órdenes culturales entre sí.[42]

Si bien en el campo de la antropología esta posición parece más compenetrada con la fidelidad de lo original (supuesto respeto por la voz del "otro"), también ha restado a la reflexión el ámbito socioinstitucional del encuentro cultural; y éste es, según pensamos, el problema actual de la antropología sociocultural.

Puede decirse que esta estrategia linda con el relativismo, en el sentido de ocultar sistemáticamente las determinaciones sociopolíticas.

Y, junto con el punto de vista de la psicopatología, ha contribuido a fijar un prejuicio epistemológico en cuanto a las posibilidades de acceso al conocimiento por parte de los segmentos socioculturales subordinados.[43]

Al convertir lo literal en metafórico, al volver a interpretar sobre las metáforas del "otro", al sobredimensionar los consensos y subestimar los conflictos[44] tanto en los aspectos materiales como en los simbólicos, como forma de registrar la palabra-exótica-del-otro, se crea una nueva ilusión según la cual, por ello, queda intocada.

Así con el argumento de que toda representación del discurso ajeno es, por definición, un acto de represión,[45] se apela a la evocación literaria como alternativa aceptable.

Otra consecuencia de vastos alcances derivada de este enfoque es la de pintar el "mundo étnico" como exageradamente atenazado al designio sobrenatural como causa/explicación de los acontecer terrenales.[46] De este modo, un supuesto inmovilismo cognoscitivo tiene su correlato en una también supuesta ingenuidad caracterial, que se inmiscuye en la evaluación de los acontecer de la vida (por ejemplo, la interpretación del trastorno

[39] G. Marcus y J. Clifford, *op. cit.*

[40] R. Keesing, *op. cit.*

[41] En un sentido amplio, la sujeción de la oralidad a la pauta escrita implica, de por sí, un paso hacia la enajenación del discurso. Por supuesto, la misma pauta escrita puede ser adoptada por el otro para satisfacer una necesidad social surgida, por ejemplo, de la imposición del contacto sociocultural (Rappoport, 1987).

[42] Como el anterior, este principio es una herramienta conceptual de la comunidad científica.

[43] W. Arnúe y B. Kalinsky, "Problemas sociales, problemas de investigación: la cuestión del conocimiento en el ámbito sociosanitario", San Martín de los Andes, julio de 1990, ms.

[44] R. Keesing, *op. cit.*

[45] Stephen Tyler, "On 'writing up/of' as 'speaking-for'", *Journal of Anthropological Research*, 43, 1987.

[46] Jürgen Habermas, *Teoría de la acción comunicativa; t. I: Racionalidad de la acción y racionalización social*, Buenos Aires, Taurus, 1989.

Scanned with CamScanner

mental por medio de entidades como el "daño", el "susto", el "ataque de nervios", etc.). Todo esto da una idea (falsa) de autocontención cultural que pareciera poder sostenerse aun a pesar de las profundas vinculaciones sociopolíticas que se mantienen con la hegemonía; y que, en el fondo, actuaría como impedimento de una comunicación que se establece, las más de las veces, entre interlocutores inspirados, innovadores y oyentes, aunque bajo el signo de la asimetría estructural.

Finalmente, para terminar con este contrapunto de la psicología y la antropología en contextos sociales interculturales, queremos incorporar un factor que viene a romper las equiparaciones anteriores: el tiempo.

Mientras el antropólogo, en apariencia, construye su relato "después", al finalizar su trabajo de campo, el terapeuta lo debe concretar "durante", diríamos en el tiempo de la "exposición".

El antropólogo se lleva la voz del "otro" en sus registros, y al momento de evocarla o representarla, en honor a la verdad, el "otro" ya es un ausente. Se tiene el texto pero se pierde el contexto.[47]

Sigue siendo infrecuente que el texto retorne a su lugar de partida;[48] pero, si lo hiciera, seguramente allí se tornaría exótico. Durante el trabajo de campo, el antropólogo sólo usa "notas", o sea una forma fragmentaria y provisoria de discurso, apenas hilvanada para entablar relaciones con el "otro".

El relato "real", fundado, consistente, valedero, escrito en los claustros académicos, es un tiempo posterior, y muchas veces remoto.[49, 50]

Se niega la posibilidad de un diálogo genuino con el "otro étnico" quien, no obstante, por ser otro, es interlocutor.

El antropólogo no tiene necesidad de relatos. Bastaría con su meta-relato, fuera del espacio/tiempo etnográfico, que englobe (y explique) el acontecer de ese contacto.[51] El meta-relato no tiene necesidad de ser confrontado con los relatos de los participantes del encuentro durante el trabajo de campo antropológico,[52] porque, después de todo, el antropólogo es tan sólo un "transeúnte interesado".[53]

En cambio, para el terapeuta que trabaja en contextos similares al aquí presentado, la naturaleza de su propio papel le exige como premisa-clave un encuentro comunicativo con sus pacientes. Esto puede, o no, llevarlo a cabo, pero, sin duda, está obligado a una contrastación continua de sus argumentos con los del "otro".

El terapeuta no cuenta, metodológicamente, con un tiempo adicional, propio, que puede utilizar para anularlos. O, en todo caso, si lo hace, cada

[47] D.Tedlock, *op. cit.*
[48] Matti Kamppinen, "Cognitive systems and cultural models of illness", *FF, Communications* nº 244, Helsinki, Academia Scientiarum Fennica, 1989.
[49] En realidad, esta descripción resulta de una comprensión errada de los momentos en que suele, metodológicamente, dividirse el trabajo antropológico: algo así como una sucesión de "períodos calientes" en el "campo" y "fríos" en la Academia (Herzlich, comunicación personal).
[50] R. Guideri, "Introducción", en Bronislaw Malinowski, *Journal d'ethnographe*, Paris, Editions du Seuil, 1985.
[51] Esta modalidad es así enunciada; sin embargo, es dudosa en cuanto a su aplicabilidad concreta. En la actualidad, parece que se tiende a que las prescripciones metodológicas de la antropología sean más fieles a la práctica del trabajo (Gudeman y Rivera, 1989; Honko, 1986; Rabey y Kalinsky, 1986; Tedlock, 1987).
[52] La investigación participativa esgrime como premisa neurálgica la realización de este paso.
[53] Clifford Geertz, *La interpretación de las culturas*, México, Gedisa, 1987.

nueva reunión actúa como recordatorio de que él "está ahí".[54]

La cuestión de cómo lleva adelante esta constante intermediación de la voz del paciente en la suya es otra discusión.

El terapeuta, como dijimos, puede elaborar también un meta-relato en donde transfigure siempre los significados de su paciente, pasándolos por el tamiz exclusivo de sus propios patrones de interpretación.

En este caso, el encuentro terapéutico fracasa; además, se renueva, ampliado, el círculo de exotismo y, por ende, de incomprensión.

Diremos, de paso, que esta distinción de tiempos, del terapeuta y del antropólogo, se funda en concepciones teóricas que están siendo trabajosamente superadas.

Entonces, en ambos casos volveremos a encontrar otra posible afinidad: los dos pueden sencillamente utilizar al "otro étnico" como mera excusa para desplegar su versión unilateral del mundo.

El antropólogo, en un meta-relato autoritario, no sólo cambia los sentidos de lo dicho por el "otro" —étnico— sino que va delineando un modelo de su sociedad y cultura que le es «exótico» en el doble sentido de ignorado y alienado.

El terapeuta que elabora una meta-narración anclada exclusivamente en su propia manera de entender el curso de las cosas (quizás en un intento de forzar la afirmación de su propia realidad como artilugio para esfumar la realidad del otro) se condena a una cárcel perceptual y conceptual, aun cuando defienda, mediante argumentos convincentes, la bondad (y corrección) de su elección terapéutica.

Ambos llegan a resultados parecidos por rutas diferentes: el terapeuta, frente a la diferencia y por qué no a la rareza, acude a una sobreimposición de lo que le es común y conocido, a la unicidad; por su lado, el antropólogo cede a la tentación de agregar a la diversidad —que es, a la vez, singularidad— aun más discontinuidad y ruptura, quizá para que su meta-narración sea más atrayente o para mostrar que ha estado "allí",[55] en el mundo del "otro", y que, a pesar de ello, ha logrado conservar su integridad aunque haya vivido una experiencia que lo ha puesto en una zona "de fronteras"; es decir, que ha pasado por una prueba compleja y difícil de la que ha emergido intacto, a tal punto que puede mantener una perspectiva "objetiva", neutral, distante[56] que, de paso, da cuenta de los hechos correctamente. Se trata, pues, de una mirada muchas veces estereotipada (prejuiciada) que padece del "hallazgo" de sistemas socioculturales al mismo tiempo ordenados, homogéneos y estables.

En la actualidad, en el marco de una teoría antropológica que se reconoce más en su fuente de conocimiento (y quizá menos como constructora exclusiva de textos etnográficos), se está aceptando la necesidad de contar con criterios muy dinámicos, con el fin de atrapar en su fluidez la tela de la significación sociocultural.[57]

Se está admitiendo cada vez más la apertura simbólica de las sociedades

[54] C. Geertz, *El antropólogo como autor*, España, Paidós-Studio, 1989.
[55] C. Geertz, *El antropólogo como autor*, España, Paidós-Studio, 1989.
[56] Claude Levi-Strauss, *Le regard éloigné*, Paris, Plon, 1983.
[57] M. Sahlins, *op. cit.*; Mario Rabey, "Conocimiento popular y desarrollo", *Medio Ambiente y Urbanización*, año 8, nº 31, Buenos Aires, junio de 1990.

Scanned with CamScanner

así llamadas "tribales", tanto en relación con la hegemonía como con sus intrincados juegos interiores.

La comunidad local es un medio esencialmente *inestable* (lábil) en cuanto a la producción de significados dadores de identidad.[58]

Se trata, obviamente, de una identidad social que tendrá su propia versión en cada uno de sus miembros (individuales o grupales) con el riesgo que ello implica[59] para los acuerdos en que se basa la convivencia.

Esta es la contraparte de la idea —propia de las visiones más ortodoxas de la teoría socioantropológica— de una tradición cultural única y estática como fuente perpetua de identificación social.

A partir del supuesto de que nada es culturalmente homogéneo (Keesing habla directamente de la necesidad de una sociología del conocimiento de las sociedades tribales)[60] y de que los significados culturales están desigualmente desparramados en la comunidad local y, en consecuencia, son desigualmente captados e interpretados,[61] cae la idea de una "identidad total" (parafraseando el célebre concepto de "institución total" formulado por Goffman).[62]

La variación y el cambio son la regla antes que la excepción.

Antes que con la repetición seriada de una identidad única y sin matices, la negociación de las formas generales de entender la pertenencia a un determinado grupo o comunidad tendría que ver con continuas transacciones, entre las cuales hay efectivamente rupturas en virtud de significados que *no* se comparten (nuevos) o que se dejan de compartir (viejos).

Es así como un permanente procedimiento de actualización pondría seriamente en cuestión el tema del "informante-clave" o "informante calificado", tan de uso en los manuales de metodología social.

Estos conceptos serían ficticios en tanto intentan generalizar un discurso que, aunque se tratara de una versión completa —o lo más completa posible— del repertorio cultural, *en todos los casos* seguiría siendo parcial.

Estas reflexiones nos conducen, creemos, a replantear la naturaleza del encuentro entre culturas en situaciones sociales concretas, en algunas de las cuales, como en nuestro caso, está en juego una de las tantas formas del sufrimiento humano.

Ante todo, debemos señalar que tal encuentro *no supone un enfrentamiento entre irreductibles culturales;* porque, si bien en ciertos aspectos no se comparten contenidos simbólicos, no parece haber en los procesos sociales y cognitivos una dinámica que sea intrínsecamente incomunicable, en el sentido de que dichos procesos pueden ser públicamente discutidos o sometidos a crítica.[63]

No obstante, causas políticas, institucionales, ideológicas, entre otras, hacen que esta comunicación potencialmente abierta sea sistemáticamente

[58] L. Honko, *op. cit.*
[59] M. Sahlins, *op. cit.*
[60] R. Keesing, *op. cit.*
[61] L. Honko, *op. cit.*
[62] Erving Goffman, *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Buenos Aires, Amorrortu, 1981.
[63] J. Habermas, *Communications and the evolution of society*, Boston, Beacon Press, 1979.
[64] J. Habermas, *Communications and the evolution of society*, *op. cit.*

distorsionada,[64] ya que la mediación de coerción determina la implementación de formas de ocultamiento, segregación, deformación, tanto de los contenidos socioculturales como de sus formas de comunicación. Pero estas formas, aunque quizá sean las más frecuentes, no tienen un carácter ineludible. De hecho, tienen gran opacidad; pero distinguir el origen y significado de esta opacidad nos permitirá, en el mejor de los casos, hacer una nueva estimación de la universalidad como el único límite de este encuentro[65] en la diversidad cultural.

En tal sentido, nos parece que en el esclarecimiento de las estrategias terapéuticas en el campo de la salud (mental) en este contexto, el *diálogo* pasa a tener un lugar relevante y, por ende, requiere una especial consideración.

La posibilidad del diálogo no está negada por ninguna aparente predeterminación, pero lo obstaculizan, o sencillamente lo impiden las formas de diseño institucional —en nuestro caso la red oficial de salud—, los estilos de profesionalización, y, también, una serie de factores emocionales que los fundan y que, a la vez, son por ellos fundados.

En el caso que nos ocupa, nos parece que un punto crucial en la definición de las posibilidades del diálogo entre "diferentes" culturales implicados ("embarazados") en una relación médico/grupo-paciente, es la presencia de *motivos para intentar una descentración de las propias perspectivas*;[66] descentración que, una vez conseguida, aunque sólo sea parcialmente, permite reponer el horizonte del otro, haciéndolo visible.[67]

El desapegamiento *(detachment)* de los propios marcos socioculturales parece posible cuando media un reconocimiento, explícito o no, del carácter convencional de todo orden simbólico.[68] Por supuesto que los protagonistas de nuestro diálogo (médico/grupo-paciente/curador popular) asumen *riesgos* de muy diferente índole cuando deciden dar este paso: mientras que en unos, ese paso ya se cumplió irremediablemente en un pasado histórico no muy lejano, el otro, muchas veces, no ha empezado ni siquiera a reconocer esta posibilidad ni menos aún a valorarla como una opción terapéutica clave (por supuesto que estamos hablando de protagonistas genéricos).

Claro está que iniciar esta exploración por los confines de la propia identidad y pertenencia requiere de una base segura,[69] es decir, de un anclaje solvente que nos permita confrontar sin enfrentarnos, afrontar sin traicionarnos, conferir sin compartir. Este no es un paso que pueda decidirse como abstracción intelectual; sólo un muy cercano lazo de afectividad, sustentado especialmente en el respeto, puede legitimar y validar esta alternativa. Son las situaciones de la vida cotidiana —y aun extracotidiana como la ocurrencia de una crisis, individual o familiar— las que actúan como impulso y, al mismo tiempo, como contención.

Ahora bien, todo avance en esta dirección tiene algún viso de *exploratorio* y provisional; es endeble y modificable, idiosincrático y de una fuerte capa-

[65] T. Todorov, "Knowledge in social anthropology. Distancing and universality", *Anthropology today*, vol. 4, nº 2, abril de 1988.
[66] C. Geertz, "Distinguished lecturer: Anti Anti-relativism", *American Anthropologist*, vol. 86, nº 2, junio de 1984.
[67] M.L. Brunel, *op. cit.*
[68] P. Bourdieu, *op. cit.*
[69] John Bowlby, *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*, México, Paidós, 1989.

Scanned with CamScanner

cidad de replicación. El resultado no es muy ostentoso, pero, de hecho, puede convertirse en una real encrucijada, una de cuyas vías plantea la aparición del "otro" como interlocutor, como co-autor en la hechura del diálogo. Este diálogo transcurre en varias orientaciones: hacia lo preexistente y, a la vez, hacia el futuro (diálogos por venir). Allí confluyen las transferencias que se dan en la conversación[70, 71] durante los diferentes encuentros "reales" de los protagonistas así como durante los encuentros que mantienen simbólicamente[72] sin la necesidad de la presencia física del interlocutor; y se producen continuidades y rupturas con lo de uno, con lo del otro, con lo que ya está siendo común para ambos (estructuras institucionales, procesos económicos, políticos, técnicos, comunitarios, etcétera).

En este punto queremos llamar la atención sobre la presencia en el diálogo —y como uno de sus resultados posibles— de significados que *no* se comparten, ya sea nuevos o previos al encuentro. Esta situación no resulta sorprendente, en tanto se acepte la heterogeneidad de las tramas culturales. Tampoco implica, por sí misma, la ruptura de la capacidad comunicativa que se va creando.

Es probable que sólo nos esté señalando ciertos hitos que actúan como límites (obviamente, no pensamos que pueda ser un proceso infinito), pero que también forman parte del conocimiento co-participado, el cual no es sinónimo de compartido.

Nuestras imposibilidades para conocer[73] tienen que ver, ellas mismas, con la tolerancia respecto de lo que nos es incierto (¿amenazante?), tolerancia que es más amplia cuanto mayor sea la confianza afectiva en el otro y menor nuestro encerramiento en lo propio. Dichas imposibilidades son parte de las dificultades en los procesos de intermediación de significados (articulación sociocultural) que supuestamente ocurren en el transcurso de las conversaciones.

Si se acepta que el diálogo es "técnicamente" una forma de traducción o sea, que es recorrido, en la totalidad de sus instancias, por formas *mutuas* de interpretación, surge un doble interrogante:

a) ¿En qué medida el "fondo" *(background)* de cada uno de los protagonistas los respalda (o no) en la ubicación que admiten y ocupan en el transcurso del diálogo (simetría/asimetría)?

En nuestro caso, esos protagonistas tienen en común el idioma (español/"castilla") aunque difieren, en gran medida, en los estilos de comunicación,[74] y, por cuestiones históricas y sociopolíticas, en la confianza que cada uno se tiene en la exposición de sus puntos de vista sobre diferentes temas —por ejemplo, en el armado de un relato sobre el origen y pronóstico de las enfermedades, y en darle su propia entidad.

Nótese que, en este caso, el relato que se hace de la enfermedad no es el mismo que pudiera comunicarse a alguien ubicado fuera de la peculiaridad del vínculo terapéutico (familia, compadres, amigos, etc.); aquí depende, mucho más, de los márgenes de confiabilidad con que se cuente puesto que deben desplegarse, ponerse en palabras, numerosos implícitos de la vida cotidiana o trascendente (fondo interpretativo usualmente tácito[75]).

Así, se deja de contar con la cobertura de lo no dicho, de lo que siempre está presente en todos los que comparten algún fondo interpretativo.

En otros términos, la exposición a la que el interlocutor se somete en la forma aludida, puede ser usada para ejercer coerción, en cualquier sentido posible y —creemos— por cualquiera de los participantes.

Sin embargo, en los casos que nos ocupan, uno de ellos tiene, sin duda, el respaldo de fuentes de legalidad más o menos generales; el otro, el de una legitimidad social. Pero ninguno de los dos es monolítico: la tarea médica oficial alcanza contenidos de legitimidad social (coincidencia parcial positiva) y los curadores populares caen bajo la figura de la "práctica ilegal de la medicina", según el Código de Procedimiento Penal (coincidencia parcial negativa).

Pero, mientras el diálogo continúe, más allá de la circunstancia concreta, y se asiente sobre alguna de las bases recién mencionadas, se asegura un tipo de asimetría que, paradójicamente, parece compensar la asimetría estructural, dado que el diálogo puede ser tal en la medida que haya inacabamientos entre los participantes,[76] es decir, rupturas, disensos, ignorancia o falta de comprensión. Si el acuerdo es total, entonces, el diálogo termina, deja de tener sentido como forma de confrontación y de mantenimiento de las diferencias.

Como vimos, se puede impedir esta conversación mediante la coacción ejercida por discursos totalizadores (meta-narración) que niegan sus condiciones de posibilidad. Pero, mientras se mantenga como proceso dinámico de conocimiento y fuente primordial de acción, disminuyen las ocasiones para la imposición.[77]

b) La segunda cuestión puede plantearse así: ¿hasta qué punto se puede crear y ampliar, en el encuentro terapéutico, la comunidad conversacional por medio de fórmulas de traducción analítica que proporcionen los interlocutores?

Creemos que las vías de transmisión de contenidos y acuerdos socioculturales específicos (consensos interpretativos) son versiones sintetizadas, incompletas y hasta contradictorias de los sentidos en que cada uno interpreta, y por ende, pone en marcha, los significados socioculturales. Siendo así, entonces no cabría la búsqueda de una "traducción-clave", versión única y correcta de cómo son las cosas en el mundo. Ni, menos aún, la del "informador-clave", dotado de una especial capacidad de interpretación,[78] reconocido,

[70] Steven Gudeman y Alberto Rivera, "Colombian conversations. The strenght of the earth", *Current Anthropology*, vol. 30, nº 2, junio de 1989.
[71] "La conversación" es una forma de condensar los innumerables diálogos, de toda índole, que se dan en el tiempo entre los hablantes.
[72] G.H. Mead, *Espíritu, persona y sociedad*, Barcelona, Paidós-Studio, 1982.
[73] M. Foucault, *Las palabras y las cosas. Una arqueología de las ciencias humanas*, Barcelona, Planeta-Agostini, 1984.
[74] C. Briones de Lanata, "Puertas abiertas, puertas cerradas. Algunas reflexiones sobre la identidad mapuche y la identidad nacional", Cuadernos de Antropología, 2, *Identidad e identidad étnica*, Eudeba–Universidad Nacional de Luján, 1988.

[75] W. Arrúe y B. Kalinsky, "Hacia un estilo local en salud: una experiencia y una reflexión", *Encuentros para la salud*, año I, nº 1, Córdoba, diciembre de 1987.
[76] R. Bubner, *La filosofía alemana contemporánea*, España, Cátedra-Teorema, 1984.
[77] W. Arrúe y B. Kalinsky, "Hacia un estilo local en salud: una experiencia y una reflexión", *op. cit.*; D. Tedlock, *op. cit.*
[78] D. Ingleby, *op. cit.*

Scanned with CamScanner

por lo público, como el más competente.

La calidad de la interpretación no depende solamente de la competencia en sí misma (la de quien haya captado "mejor" los significados "esenciales" del orden simbólico), dada la irregularidad en la densidad de la distribución de la trama social e institucional.[79]

Dicha calidad depende también de las posibilidades que ofrecen los diferentes contextos conversacionales que se van produciendo socialmente para comunicar y para establecer acuerdos sobre la base de opiniones mutuamente informadas, aunque también mutuamente discriminadas.

Tal distinción inutiliza la coacción entre los interlocutores, ya que la imposición de significados culturales al otro está fuera de los objetivos planteados en la definición previa de la situación de comunicación.

La intervención conjunta, pero alternada, de varios participantes que se reconocen entre sí con un mismo estatuto cognoscitivo se funda, como ya insinuamos, en una aceptación mutua, sobre todo en la esfera personal/afectiva aunque, sin duda, también en sus capacidades terapéuticas específicas. Es el caso, por ejemplo, de la aceptación por parte del médico oficial, en oportunidades acordadas, de la atención de la curadora popular así como de la que puede diseñarse con los mismos consultantes; y es también el caso de la aceptación de los consultantes respecto del médico y de la curadora popular, y de ésta última con respecto al médico y a los consultantes.

Sin embargo, el éxito terapéutico no depende, necesariamente, de los frutos de una conversación con tales características. Al respecto Sachs[80] ha sostenido que en la situación de atención clínica, a pesar de que ambos actores —médico y paciente— pertenecen a universos culturales distintos, buscan, y encuentran, aquello que cada uno efectivamente pretende. A partir de sus observaciones en una aldea rural de Sri Lanka, Sachs relata que el médico logra un diagnóstico rápido, debido a la cantidad de consultas diarias que atiende, sin necesidad de hacer exámenes complementarios, los cuales, por otro lado, no tendrían posibilidades materiales de cumplirse en todos los casos. Por su lado, el paciente con su propio diagnóstico, elaborado desde la medicina ayurvédica basada en la perturbación del balance de los humores, diagnóstico que *no* comunica al médico, busca una medicación que acelere los procesos convencionales ayurvédicos de curación.

Así, según la autora, la terapia se significa a partir del malentendido, creado por las diferencias culturales, respecto de las concepciones sobre el cuerpo, la enfermedad y el tratamiento. Este malentendido cubre las expectativas que tienen el médico y el paciente en diferentes campos.

De este modo, la autora, se enfrenta a una rígida posición científica según la cual ese malentendido es fuente sistemática de empobrecimiento del cuidado de la salud.[81] Esta comunicación terapéutica "de sordos" parece proporcionar satisfacción —aunque sobre diferentes bases— no a pesar de

[79] P. Berger y Th. Luckmann, *La construcción social de la realidad*, Buenos Aires, Amorrortu, 1979; R. Keesing, *op. cit.*

[80] L. Sachs, *op. cit.*

[81] H.K. Heggenhougen, "Will primary health care efforts be allowed to succeed?", *Social Sciencie and Medicine*, 19, 1984; H. Waitzkin, *The second sickness. Contradictions of capitalist health care*, Nueva York, Free Press, 1983; I. Zola, "Structural constraints in the doctor-patient relationship: the case of non-compliance", en L. Eisenberg y A. Kleinman, *The relevance of Social Science for Medicine*, Dordrecht, D. Reidel, 1985.

ella sino, precisamente, gracias a ella.

Cabe aclarar que los médicos, en este caso, no son extranjeros, pero pertenecen a castas superiores, gozando, como tales, de un enorme prestigio en su actividad profesional. Según refiere la autora, el modo en que los pacientes presentan el problema a los médicos no es el mismo que el que adoptan para informar a la antropóloga, antes de la entrevista clínica. Con los médicos usan un lenguaje más técnico; pero, luego de la entrevista y ya conocido el diagnóstico médico, siguen manteniendo el suyo.

Los médicos son reconocidos sólo como técnicos capaces de una gran rapidez (es decir, sin demasiados trastornos) en los diagnósticos y en las prescripciones medicamentosas, como medios para deshacerse más rápido de las dolencias concebidas "a la ayurvédica". Según los propios pacientes, lo que precisan con premura son los tres medicamentos que generalmente les indican, cualquiera sea el diagnóstico "occidental": un antibiótico, una vitamina y un analgésico. Los pacientes sostienen que dichos remedios son fríos, y que por lo tanto, colaboran a restablecer el equilibrio humoral, a pesar de que su concepción de la terapia sea diferente a las percepciones que tienen los médicos que los prescriben.

Por su lado, éstos últimos están convencidos de que el paciente entiende la clase de enfermedad ("occidental") que padece y de que, motivado por esta comprensión, cumple al pie de la letra con sus indicaciones.

Para sostener una situación semejante, son necesarias relaciones desiguales de poder. Dicha asimetría está planteada más allá de la situación clínica, en la raíz misma del principio de organización sociocultural, y la relación médico/paciente no hace más que reafirmarla.

El tipo de relación entre las castas ayuda a la gente a saber y a esperar exactamente lo que se les puede ofrecer y a tomarlo. Así, en las relaciones de poder —se sugiere— reside una precondición necesaria que motiva la curación.

Nos hemos extendido en la exposición de estas observaciones porque nos parece que no sólo plantean una tesis polémica sino que ofrecen una referencia interesante para nuestras propias conclusiones. Nosotros también hemos recibido comentarios de médicos que subrayan que, a menudo, asisten a la consulta pediátrica hospitalaria la madre, la abuela y el niño. En el transcurso de la consulta es la abuela quien asume la coordinación y lo que parece desear es una confrontación con su propio diagnóstico y la prescripción medicamentosa; porque ella está convencida de que esto es lo que necesitan; de otra manera, recurrirían a la curadora popular.

Pero, en esta analogía, surge una primera cuestión: en Sri Lanka los médicos (de cuyo perfil tenemos, lamentablemente, pocas noticias) no sólo parecen discurrir por una órbita "independiente", aunque complementaria, en cuanto a la formalización de las relaciones de poder, sino que, además, *no* parecen reflexionar sobre este estado de cosas.

El artículo no nos proporciona pistas acerca de la inflexión de estos médicos en cuanto a sus vínculos con sus pacientes, aunque podría suponerse que la pertenencia a castas diferentes impide los contactos amplios, fuera de la situación de consulta. La autora se concentra puntualmente en el tipo de comunicación que establecen médico y paciente, único punto de encuentro, que no es tal, entre ellos. Tampoco contamos con muestras de los textos que usan los médicos en esa circunstancia.

Este recorte, aunque tienen sus similitudes con el nuestro, deja en la

Scanned with CamScanner

sombra aspectos que nos parecen importantes en la definición de esta situación: el impacto de la medicina occidental, los perfiles de salud de la población que recurre a esa clínica, los usos que hace la población de la medicina "occidental" en su articulación con la ayurvédica, entre otros. Es cierto que la situación comunicacional que se describe hace pensar en un uso instrumental (y, por ende, funcional), a lo que se agrega la misma ingesta de medicamentos.

Este uso instrumental de factores curativos "occidentales" tiene efectos simbólicos en cuanto quedan incorporados a una concepción "frío/caliente", ajena a sus orígenes.[82]

El éxito terapéutico se alcanza así por partida doble: desde el punto de vista biomédico y desde el ayurvédico; por lo tanto, en apariencia no depende del tipo de comunicación que se entable en este "encuentro de castas" en una situación de sufrimiento. La jerarquía sociocultural vigente entre los actores se reproduciría sin variantes en la relación interpersonal: un destino inexorable de predeterminación. Como tal, sostiene la autora, antes que un obstáculo es más bien una ventaja terapéutica puesto que tal asimetría actuaría como fuente de motivación para el cumplimiento de las órdenes médicas.

Nuestro ámbito de trabajo nos conduce a una ruta distinta, pero en el caso de Sri Lanka nos llaman la atención algunos problemas referidos, sobre todo, al desempeño de los médicos. Como dijimos, no tenemos suficientes elementos de juicio que nos brinden la posibilidad de respuestas certeras:

- ¿cómo pueden los médicos trabajar aislados en el marco de su propia visión ideológica de la realidad sin que en el trascurso de la relación clínica encuentren espacios de disrupción, a pesar de que sus clientes se expresen, en una especie de encubrimiento, con un lenguaje cercano a la jerga de los doctores?
- ¿cómo este autoconvencimiento, con raíces falsas, los lleva a ignorar una sistematicidad de articulaciones con la medicina ayurvédica que practican los pacientes? Más aún, ¿qué tipo de vínculos (aceptados o negados) tienen ellos mismos que no son extranjeros con las concepciones "no-occidentales" del cuidado de la salud?

Por el lado de los pacientes, resaltan otras incógnitas:

- ¿cuáles son los procesos, entre todos los posibles, que los llevan a discriminar en la medicina "occidental" el factor "medicamento" como el más útil para sus modos de atención/curación de las enfermedades?
- esta selección no ha implicado, seguramente, contactos esporádicos sino, más bien, un conjunto amplio de influencias simbólicas, tanto materiales como sociales, a partir de las cuales se "decide" cuál de ellos conviene y cuál otro se descarta. Como es de esperar, estas determinaciones, que podrían formar parte de patrones de adaptación ante la presencia impuesta de la medicina "occidental", implican largas, complejas y conflictivas formas de articulación entre las que se cuenta, tal como queda señalado por la autora, una forma de "doble discurso" referida al problema de la salud/enfermedad/atención sobre la que se tiene un no disimulado dominio.

Por lo tanto, parece plausible, por los indicios que se ofrecen al lector, que estén operando formas globales de trasferencia que dan un contexto de sentido a la elección del medicamento "occidental" como entidad colaboradora en los procesos curativos, según lo marca la concepción ayurvédica.

Si bien el panorama que hemos bosquejado es más o menos cierto, en un sentido general debemos señalar algunas características diversas en la práctica social de nuestra zona.

Esta no es una observación sin importancia. Una vez más nos advierte sobre la pérdida de conocimiento que se opera si se pasan por alto las circunstancias específicas en que pueden aplicarse las conclusiones logradas en condiciones más o menos parecidas a primera vista. Resulta pues importante formular hipótesis capaces de discriminar dentro de las semejanzas.

Desde la llegada sistemática de la medicina "occidental" a esta zona se han venido vertebrando una multiplicidad de formas de mutua articulación con la medicina mapuche (más o menos impuestas, más o menos voluntarias, más o menos deseadas) valoradas muy diversamente por sus hacedores.

Uno de los principales indicadores que denuncia la ubicación del conjunto de prácticas populares de salud frente a las del sistema oficial son las *quejas* que se formulan con distintas frecuencia y libertad. Las quejas de los pobladores tienen que ver con el sentirse más o menos acogidos o rechazados por ese sistema, en tanto institución representativa de la sociedad dominante, y por las personas con quienes llevan adelante vínculos más informales y estrechos (para bien o para mal).

Desde los médicos, las quejas tienen que ver con su percepción de estas articulaciones entre los sistemas de salud como potencial o concretamente peligrosas.

El resto de los integrantes del equipo oficial de salud, en especial los agentes sanitarios, suele moverse con comodidad —no exenta de conflicto— entre verdaderas brechas culturales, es decir, entre maneras radicalmente distintas (y hasta opuestas) de concebir el mundo y por supuesto la salud/enfermedad.[83]

Entonces, la cuestión clave que se plantea, en cuanto al diseño de una estrategia diagnóstica y terapéutica, es la de compaginar estos "saltos" cognoscitivos[84] dados, en general, por los consultantes. (Por ejemplo, José asiste al secundario en Junín de los Andes al tiempo que sigue firme en su convicción sobre las apariciones del espíritu de su padre muerto.)[85]

Según lo indica alguna experiencia en tal sentido, una forma de solventar

[82] No nos pasa desapercibida la presencia de una concepción de la medicina "occidental" que también apela a los humores. No es a esta concepción a la que nos referimos como "occidental" sino a la medicina esencialmente analítica. Aunque tampoco descartamos que en ella estén incluidos elementos de aquella otra. Pero la consideración de este aspecto es otro tema.

[83] Sin embargo, no es así en cuanto a sus identidades de pertenencia institucional.
[84] C. Geertz, *La interpretación de las culturas*, México, Gedisa, 1987.
[85] En tal sentido, en la sociedad "occidental", aunque compleja y diversificada por definición, parecen prevalecer cosmovisiones menos rupturistas. En el ámbito que nos ocupa, las divergencias se dan en planos como las teorías, la acción curativa y, de vez en cuando, en las implicaciones éticas que de ellas se derivan.

Scanned with CamScanner

esta continuidad-en-la-ruptura de los universos simbólicos es el diálogo con las características que hemos intentado mostrar: un diálogo que se enfrenta a la demostración de poder en la relación interpersonal, un diálogo como fuente de motivación en la superación de las crisis, un diálogo como construcción entre "diferentes" pero que ayuda a todos, aunque en formas y desde formas distintas.

Frente a la férrea disyuntiva "diálogo 'de sordos' vs. diálogo entre interlocutores", la encrucijada es la opción por la desobediencia del paciente y/o la muestra de coacción en el primer caso y del recurso terapéutico en el segundo.

La voz del "otro" sólo puede tener su lugar si se relativiza la propia. Está demás recordar que el encanto por la absolutización no es privativo del médico, lo que representa otra razón para una orientación hacia el diálogo co-gestionado. En dicho diálogo se trata de un intercambio donde hay acuerdos. Así, el problema del alcoholismo del padre de José es un punto de apoyo que se convirtió en un pivote central en la consideración de los problemas de esta familia. Quizá fuera el único tema alrededor del cual todos los protagonistas, en un momento dado, pudieron convocarse: todos entendían de qué se estaba hablando y, además, estaban de acuerdo al respecto; todos entendían, desde bien adentro, de qué se trataba.

Y fue este mojón, firmemente asentado, el que actuó como fundamento común a partir del cual se pudo reconocer, y tolerar, la semántica de la discontinuidad. Así, pudieron convivir cuatro diagnósticos de distintos orígenes: "traumatismo de cráneo y amnesia", desde el punto de vista formal; "debilidad de cerebro" según la curadora popular; "desmemoriado y embrujado" desde la familia; el cuarto, común a la curadora popular y a la familia tuvo que ver con las apariciones del finado Catrinao.

Más allá de buscar forzadas analogías o de generar semejanzas donde definitivamente no las hay, se desarrollan a lo largo de las sucesivas entrevistas y en los sucesivos escenarios (el consultorio de la guardia, el área de internación del hospital, la casa de la curadora popular) conversaciones, de muy distinta índole, sobre historias de apariciones de espíritus y de curaciones de las casas, sobre las voluntades que no pueden controlarse cuando se es alcohólico, sobre la búsqueda de castigos, sobre una toma crítica de posición frente a la propia vida. Conversaciones matizadas con prescripciones medicamentosas: el té de yuyos —pero también las vitaminas—, por parte de la curadora popular; y el seguimiento clínico, por parte del médico.

Hasta que, finalmente, es la madre, Felisa, quien logra hilvanar lentamente los diferentes fragmentos de una historia familiar, en que cada pedazo devela su propio sentido, en todo su patético transcurrir pero, asimismo, en su inestimable valor balsámico, cuando se transforma en "cosa dicha".

Ninguno de los interlocutores intenta abordar el universo del otro, al menos para apropiárselo o para negarlo.

Antes bien, todos van desplegando procesos cognoscitivos, que se mantienen sobre los límites de las personas allí presentes, de los universos simbólicos que ellos encarnan —y que, en cierta forma, ponen a prueba aunque sin renunciarlos—, de los lenguajes que formulan expresiones concretas que tienen que ver con la identidad de cada uno y de la decisión sobre aquello que es significativo dentro de fuerzas en conflicto.

Hay, como consecuencia, cambios en el énfasis inicial de cada uno de los protagonistas: en la curadora popular, que actúa a la par del médico; en el médico, que pondera las alucinaciones y delirios en virtud de las palabras del "otro"; en José, Ana y el resto de los hijos, que reflexionan sobre el recuerdo de un padre duro, descuidado y desvalido. Finalmente, en el descanso en paz del alma de los muertos, en el rezo y en la curación de la casa se corporizan nuevos elementos de profundización del pacto terapéutico así construido. Todos aportan y aprecian los aportes de los demás en la constitución de un camino terapéutico que esté al alcance de todos pero que no sea propiedad de ninguno, es decir, que permanece diverso en su peculiaridad, que en parte es conocido y en otra resulta incognoscible y que es universal en tanto es un espacio vivencial de participación.

Segundo caso

Un abordaje conjunto peculiar: el juego de los límites

Judith	Vecina de Judith
María, amiga de Judith	Marido de Judith
Delma, amiga de Judith	Rodrigo, hijo mayor de Judith
Nora, amiga de Judith	Hijo menor de Judich
Doña Berta, curadora popular	Francisco, hijo de María
Doña Filomena, curadora popular	Vecino de Judith

El relato de esta historia es de Guillermo Luchtenberg, médico concurrente del Hospital Ramón Carrillo de San Martín de los Andes. Fue quien recibió a Judith en el servicio de guardia e hizo la derivación a Salud Mental, participando de las siguientes entrevistas.

Esta presentación está basada en el relato que hiciera Judith en el transcurso de entrevistas que tuvieron lugar en el hospital de San Martín de los Andes:

"Judith, chilena, de cuarenta años y residente en San Martín de los Andes, comienza diciendo que va a relatar un hecho real y que, según sus propias palabras, 'debe conocerse'.

Hacia fines de 1989, poco tiempo después de volver de un viaje a Chile, caminando a poco más de dos kilómetros de distancia del pueblo, se cae, sufriendo una fisura de húmero. Concurre, entonces, con María, su comadre, a hacerse atender por un traumatólogo. Se le indica un yeso, pero Judith no se lo coloca, intentando un tratamiento con una kinesióloga que le aplica onda corta.

Aquí aparece la primera referencia a María, su comadre y amiga, recordando entonces que hace ya muchos años, la había escuchado decir en un cumpleaños de su marido: 'Qué lástima que es mi compadre, si no ya lo había hecho mi marido'.

También recuerda entonces que algún tiempo atrás el marido andaba como con odio por la casa. En esa oportunidad, Judith fue a ver a doña Berta, quien le dio un líquido para asperjar la casa, es decir, rociarla. Dio resultado y el odio terminó.

Doña Berta le había hecho el comentario de que algún día se iba a enterar de quién le había hecho el 'daño' por el que al marido le había venido el odio por la casa.

Scanned with CamScanner

Durante el mes de abril de este año (1990), Judith sufrió una crisis nerviosa a la que se refiere diciendo que estaba como 'medio loca'. Tuvo que estar internada 48 horas.

Cuando se internó, gritó todo el tiempo hasta que María se fue. María no la quería traer al hospital, a pesar de lo mal que Judith se sentía.

Como se estimó que en esa ocasión el hijo mayor de Judith se encontraba muy involucrado en la situación, el enfoque se basó en tratar de aminorar esto. Se logró, en parte, al quedar internada Judith sola, en observación.

Después de la internación, la vio un médico de la localidad, que le suspendió la medicación que estaba recibiendo y le indicó otra, antiinflamatoria, porque pensó que toda su sintomatología derivaba de la fisura de húmero.

Un mes después, el 11 de mayo por la noche, Judith está en la escuela de su barrio trabajando con la gente de la cooperadora, cuando llega María.

Judith nota que María tiene zapatos rojos y se lo dice. Esta le responde que están rotos.

María se va; pero la espera afuera de la escuela hasta las doce de la noche. De allí, van para la casa de Judith.

Están tomando mate cuando, de pronto, Judith se queda sin habla. Apenas si puede gritar: "Dios mío, ¡hombres corriendo por el entretecho!"

María no le da importancia. Le dice que son ratones, pero los vecinos también escucharon hombres.

Al día siguiente, sábado, Judith va a la escuela con otras personas, porque daban cine para los chicos. Cuando vuelve a su casa con las amigas, a eso de las diez de la noche, llega María muy arreglada.

Cuando entra, uno de los hijos de Judith, el Rodrigo, de doce años, mira a María y le dice: '¡Qué vieja de mierda!', lo que asombra Judith, porque era algo que el Rodrigo nunca había hecho. Delma, otra amiga de Judith, lo calma, le sirve la comida. Después se vuelve a dormir.

María ha venido con la idea de ir a un baile en el club de bomberos. Judith siente que algo raro le pasa porque no puede arreglarse, pero de todos modos van al baile, como quería María. Ese día le pasa unas medias para ir al baile.

A la noche, en el club, Judith toma del mismo vaso y fuma el mismo cigarrillo que María.

Un rato después, empieza a sentirse mal y le viene como un rechazo por María. Siente como que le obedece a su comadre en todo.

Cuando salen del baile, Judith empieza a desesperarse, a sentirse ahogada , por lo, que presa de una intensa angustia, corre por la calle, arrojándose agua de las alcantarillas a la cara e, incluso tomándola, pese a lo sucia y desagradable.

Delma, que también se siente mal, la ayuda, arrojándole agua a la cara.

En varias oportunidades, durante el trayecto, María toma a Judith de los hombros y ésta se desvanece. En cambio, cuando Delma la toma de la muñeca izquierda, reacciona. Delma también había tomado del mismo vaso que María. Y, como se sentía mal, no pudo llevar a Judith hasta el hospital.

María, en cambio, camina al lado de ellas indiferente, como si no le

importara lo que le ocurre a Delma y Judith.

Al llegar a la casa de Judith, entran. María cierra con llave, la saca de la cerradura y la deja sobre un mueble al lado de la puerta. Esta puerta no se pudo volver a abrir, aunque probaron reiteradamente con la llave, hasta que, al día siguiente, lo hizo María sin ninguna dificultad.

Poco rato después de llegar, Judith recibe un anillo de María. Entonces, ve que el anillo se agranda y después no se lo puede sacar. Judith y Delma están asustadas. Buscan abrir otra puerta y lo consiguen. Mientras, María se queda muy tranquila al lado de una estufa, y dice respecto de Judith: 'Déjenla nomás'.

Judith corre a lo de los vecinos. Estos ya sabían que María era bruja, pero hasta ese momento no se lo habían dicho a Judith porque era su comadre.

Con Delma, le piden ayuda a la vecina. Cuando ésta ve a María, se queda muda por un día. El marido se pone blanco y manda a su mujer para echar a María.

En ese momento, Judith mira a María y le ve cara de bruja, con unos ojos enormes. Entonces, se acuerda de doña Filomena, la curandera y piensa: 'Doña Filomena me va a salvar'.

María finalmente se va. La vecina la sigue hasta la esquina para estar segura.

Judith entra a la casa y comienza a tirar todo lo malo a la calle.

Un bichito que vuela, una taza que encuentra en la cocina con aceite, unas manchas negras y varias cosas más.

Ya eran las siete de la mañana y Delma se quedó a dormir. Judith no dormía, rezaba.

Por la mañana, cuando busca ropa interior para cambiarse, se asusta. Por suerte, viene la vecina y entonces se puede vestir.

Empieza a sentir una comezón en todo el cuerpo. Va a hacerse unos mates, pero cuando ve el mate se asusta, y grita. Tira la yerba a la basura y lo lava bien. Pero, finalmente, decide tirar el mate.

Ese domingo, va a almorzar a lo de una amiga de nombre Nora. En su casa queda el hijo de María, Francisco, que estaba como hipnotizado. Bueno, en realidad, estaba mirando la televisión. El más chico de los hijos de Judith no quiere ir a lo de Nora. Dijo que se iba a comer con Francisco todos los huevos que había. Rodrigo, el hijo mayor, estaba jugando al fútbol cerca de la casa. Finalmente, todos se juntan en lo de Nora.

Después de almorzar, Judith la hace llamar a María.

María, que vive algo más arriba en la ladera del cerro, baja enseguida.

(Se le comenta a Judith que llama la atención que María haya ido tan rápido, como si no tuviera nada que ocultar.)

Judith todavía la ve con miedo. Nora le dice a Judith que la va a desenmascarar. Se ponen a charlar, y cuando se habla de tomar mate, María se asusta.

Ese domingo a la tarde va a lo de doña Filomena. Ya lo había hecho el sábado y ella le había indicado que se echara un líquido en el cuerpo, cosa que Judith no había hecho. Doña Filomena le da indicaciones para curarse del 'daño'. Ya antes le había dicho que tenía dos amigas, una buena y una mala. Pero Judith no puede creer que la mala fuera María.

Después, se va con la gente de la cooperadora del colegio a su casa. Empieza a sentir muchas cosas extrañas: 'De la rodilla para abajo sentía

Scanned with CamScanner

lleno de bichitos. También en la nariz. Pero lo más importante era un bicho que sentía en la vagina y que se me corría por adentro. Pude ver que desde los pies me salían unos bichitos muy chiquitos. Había cosas con daño en la casa: cuatro huevos que eran livianitos, tenían sangre y estaban cochinos'.

Le mandó a decir al marido, que estaba en otro barrio cercano con su otra mujer y su hija. El marido va pero está como enojado. No le cree, y la mayoría de la gente en la casa se ríe de ella y tampoco le cree. Algunos sí, por ejemplo, su amiga Delma.

De pronto, siente que se le va a salir el bicho que tiene en la vagina. Le pide a su marido que la ayude a sacarle la ropa. Esto lo hace delante de toda la gente que está en la casa. No se había dado cuenta. Pero el marido la lleva al dormitorio. Finalmente, deciden ir al hospital: Judith, su marido y Delma.

En el baño del hospital elimina el bicho y se lo muestra a su marido y a Delma. Tiene el aspecto de un coágulo alargado. Después pide ver a un médico.

La atiendo y me dice que le da vergüenza contarme lo que le pasa porque no la voy a entender. El marido la insta a confiar en mí. Trato de tranquilizarla. Le digo que conozco a Doña Filomena, y que sé que ella trata problemas o aspectos de la enfermedad que los médicos del hospital no atendemos.

Es evidente que entonces Judith comienza a hablar con mayor tranquilidad y me hace una síntesis de su problema.

Pone el acento en que ya está mejor, que ya la empezaron a curar y que por eso le salió el bicho.

Dice que esa noche va a poder dormir. Luego de acordar con Judith una cita con el equipo de salud mental, se va a su casa.

Ella puede dormir, pero su marido, que se queda con ella, no duerme.

El lunes Judith se levanta bien. Empieza a reorganizar la casa y a sacar las cosas que tenía 'daño'.

Había un chaleco 'muy importante por el daño que tenía' y que la noche anterior había mandado quemar, pero el lunes por la mañana un perrito lo trae de vuelta. Entonces, ella lo quema. De su tapado salen cinco perlitas. Se da cuenta de que una de ellas estaba embrujada.

Judith comenta así una serie de episodios que parecieran tener directa relación con una etapa de curación:

'Salían gusanos de las hornallas. Se me partían las uñas y de ellas brotaban como hilos. En el baño tuvimos que quemar cantidad de zancudas. Era como si alguien las hubiera puesto allí. Me sacaba de la cabeza cantidad de gusanitos de tierra. También me salían de la cabeza muchos pelos vivos, que eran difíciles de quemar. Encontré una pluma en el dormitorio que me costó sacar. Le prendí fuego. La ventana estaba llena de pájaros o bichitos. Los pinchábamos y se convertían en gusanitos con patas. Quedaba aún la ropa y los zapatos. Los zapatos se movían por toda la habitación, hasta que los lavé con un líquido que me dio doña Filomena. Después se quedaron quietos'.

Cuando todo esto termina, se siente bien. Se siente curada. Duerme bien.

(Se le pregunta por qué siente que anduvo bien.)

'Porque le pedía a Dios. Había conversado con Dios. Jesucristo me

había indicado cosa por cosa lo que tenía daño'.

También se acuerda de que a partir de haber pensado en doña Filomena, supo que se iba a salvar.

El lunes por la tarde viene María, y Judith, por primera vez en todo este episodio, la ve normal. Decide echarla, aun habiendo sido su mejor amiga. Le grita: '¡Sos una bruja! Te has robado los maridos de todas las mujeres de por aquí'.

La siguió y le fue gritando hasta que María tropezó y cayó al suelo. Entonces María le grita que la va a dejar inválida.

Judith dice que ahora sabe que María es bruja. Ella y también su madre.

El lunes, cuando María viene, las amigas de Judith ponen una tijera abierta bajo un almohadón y le dicen a Judith que la haga sentar a María allí, para descubrir si era bruja. Judith no se anima, y en lugar de eso la echa.

(Se le pregunta por qué no se animó. Se le sugiere a Judith que piense, para la próxima reunión, las ventajas que podría tener para ella dejar sin confirmar si María era o no bruja.)

En la entrevista del 8 de junio, Judith dice que no precisaba confirmarlo porque ella ya sabía que María era bruja. Le comentamos que, según dicen los que saben del tema, una bruja que es descubierta muere. Judith retruca que hay un lapso de un año para que se muera, por lo que el hecho de que no se hubiera muerto inmediatamente no es prueba de que no sea bruja.

Le decimos que María, como muchas otras personas, siempre según los conocedores, pudo haber sido utilizada, o bien colaborar involuntariamente en el 'daño'; que puede haber sido forzada a ser bruja, lo que cambiaría, según entendemos, las cosas.

Judith sigue creyendo que María es bruja.

De todos modos, se hace evidente a esa altura, que en ella hay una respuesta favorable ante el hecho de que los médicos del hospital que la están atendiendo puedan hablar con ella de estos temas.

Avanzando más en la cuestión, se le comenta si el tema del 'daño' no le está sirviendo para tapar de algún modo su problema con el marido. A partir de allí, Judith comienza a hablar más de sí misma y sus problemas. Por otra parte, se nota un cambio en el estado anímico. Habla más lento, en voz baja. Parece deprimida.

Dice que perdió el cariño al marido y que le da lo mismo que se quede o se vaya. Que ella se sacrificó para que su marido volviera. No se va a Chile, donde está su familia y donde le ofrecen alojamiento y posibilidades de trabajo, porque sus hijos quieren estar con el padre.

Dice: 'No estoy muy segura de si quiero vivir con mi marido. No lo tengo muy seguro a mi marido. Las cosas tienen todas que ver' comenta en aparente referencia al 'daño' y a los líos con su marido.

Terminando la reunión, se le pregunta si quiere seguir viniendo. Duda bastante. Al final, decide venir pero, agrega, 'no es que me ayude tanto'.

El 9 de junio visito, con Wille, a doña Filomena, la curandera, por nuestra inquietud por la posición social en que quedaba María en el relato de Judith.

Nos atiende con amabilidad. Nos invita a pasar. Ya conoce a Wille de casos anteriores.

Scanned with CamScanner

Dice que para ella es muy claro que más que un problema de un 'daño' es un problema que tiene Judith con su pareja. Que ya antes le había dicho que tenía un problema que resolver respecto de un juicio, pero Judith lo había negado. Ante un comentario nuestro sobre el riesgo de que Judith siga con esto, y que, como consecuencia haya una difamación quizás injusta de María, doña Filomena dice estar de acuerdo y dice haberle prohibido a Judith hablar más sobre María. Sostiene que Judith tiene un problema mental y que se lo tiene que tratar.

Le pregunto si piensa que Judith debe enterarse de la conversación que estamos manteniendo en ese momento, y ella lo desaconseja. Pero dice que podemos seguir manteniéndonos en contacto. Mientras tanto 'cada cual debe seguir con su camino'.

El 12 de junio, al llegar Judith nos dice que no ha estado pensando mucho en los planteos de la entrevista anterior. Que quiere pensar en cosas lindas. No quiere pensar en lo de su marido. Va a esperar que el tiempo decida.

Pensamos que se refiere al tiempo que su marido va a pasar trabajando en el cerro Chapelco, durante una semana, sin volver a casa por la noche.

Judith expone mejor la situación, diciendo que cuando su marido vuelva del cerro lo va a poder controlar mejor y así estar más segura. Que si después de volver del cerro le falta alguna noche, entonces probablemente se vaya a Chile.

Dice que su marido anda siempre diciendo que todo le va mal. Que anda todo mal. Ella piensa que puede tener un 'daño', pero admite que su marido no cree en eso.

Comienza a recordar la historia de su pareja. Hace diecisiete años se casaron en Chile. Andaban bien cuando no tenían amistades. Después empezaron a tener muchos amigos, y venía a la casa gente de la cooperadora escolar y del club donde su marido jugaba al fútbol.

Entonces, empezó la envidia. Quizá porque a los otros no les gustaba que ellos se llevaran bien.

Es aquí que su marido empezó a tenerle odio a la casa y a los hijos. No podía estar en la casa. Empezó a andar con mujeres, pero ninguna tenía mucha importancia.

Algunas veces, en medio de las discusiones, él intentó pegarle, pero Judith no le permitía. Una vez le pegó muy fuerte y ella lo echó.

El estuvo viviendo, al principio, en casa de unos amigos, pero después conoció a una mujer y se fue a vivir con ella, para ayudarla. Judith dice que el cariño se fue perdiendo, pero que le tiene lástima a su marido porque si le dice que se vaya, él se pone a tomar. Le tiene pena.

Aun cuando se fue a vivir con otra mujer y tuvo una hija con ella, él la sigue controlando. Se aparece siempre, por ejemplo en los bailes de la cooperadora. Entonces, Judith no puede bailar con otros hombres porque a él no le gustaría.

Ella lo quiere, pero le da rabia que ande con otra mujer. Aunque esto no se habla.

Nos dice: 'Le acepto que la ayude, pero no que viva con ella. Que la visite una hora, o media o menos', sonriéndose con picardía.

Empieza, luego, a contar sobre un juicio por alimentos que le inició a su marido, hace tiempo.

Ultimamente, él estaba viviendo con ella, pero, al llegar la nota del juzgado, citándolo para notificarse de la sentencia favorable a Judith, se enoja mucho y se va de la casa. El fin de semana siguiente, ocurre todo este episodio del 'daño', a consecuencia del cual el marido vuelve a casa.

Judith no está tranquila porque, aunque su marido está ahora con ella, no está segura de si se va a quedar; y, por lo mismo, es que no quiere renunciar a los beneficios del juicio por alimentos. Pero ella sabe que esto pone en peligro su pareja.

Quiere que su marido se quede con ella y no quiere dar por perdido el juicio.

Se fija un turno para una nueva entrevista y se le dice que podría invitar a su marido para hablar de sus problemas".

En primer lugar, diremos que este abordaje conjunto presenta tres notas que le dan un tono propio: la actitud del médico que recibe a Judith, el relato posterior sobre el "daño" y, finalmente, la disposición de la curadora popular que interviene, doña Filomena.

1. El médico que la atiende por la guardia del hospital no se limita a concretar su derivación a salud mental, sino que él mismo decide continuar a cargo de Judith. Por lo tanto, es también parte del abordaje conjunto.

En este sentido, queremos comparar con la situación de Daniel, del hospital de Las Coloradas, en el caso de la enfermedad de Faustina, presentado en el capítulo anterior.

En Las Coloradas, el personal médico del hospital son dos generalistas, y el equipo de salud mental zonal se acerca periódicamente para apoyar la tarea. Además se cuenta siempre con la posibilidad de derivar o hacer interconsultas mediante la comunicación por radio.

En cambio, el hospital de San Martín de los Andes es cabecera de zona y sitio de residencia del equipo de salud mental. Por lo tanto, es posible utilizar un estilo más propio de los hospitales de alta y media complejidad, en donde funciona el modelo de las especialidades.

Este modelo tiene que ver con áreas de competencia, no sólo en cuanto a las capacidades técnicas sino, sobre todo, en cuanto a la distribución que rige sobre el cuerpo del paciente.[96]

Esta definición de la práctica médica previene la confluencia en el mismo espacio de ese cuerpo de dos o más formas posibles de ejecutarla, cuestión ésta relativa a la autonomía de la profesión,[97] la cual impone las reglas para establecer límites no sólo con el "afuera" (curanderismo, formas paramédicas) sino también en su propio interior. Más aún, si el primer contacto con el paciente es a través del servicio de guardia, puede suponerse que concluye una vez finalizado el turno correspondiente. Y se puede restablecer el vínculo

[96] "Cuerpo" en un sentido amplio.
[97] S.Belmartino, C. Bloch, A.V. Persello y M.I. Carnino, *Corporación médica y poder en salud. Argentina 1920-1945* Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, Rosario, 1938; C. Herzlich, "Representations sociales de la santé et de la maladie et leur dynamique dans le champ social", en W. Doise y A. Palmonari, *Etudes des Representations Sociales*, Ginebra, Delechaus Niestlé, 1987.

Scanned with CamScanner

con el paciente por la "coincidencia" del padecimiento con la especialidad.[88]

Queremos destacar que, si bien en los hospitales de mediana y baja complejidad los recursos disponibles y la naturaleza de la demanda exigen una flexibilización en la práctica de esa autonomía, ella no es descuidada en absoluto desde las concepciones de los profesionales. Es más, muchos de ellos ven esta situación de flexibilización como anómala hasta cierto punto, y como necesitada de revisión.[89]

Por ello nos preguntamos sobre la actitud que asume el médico en esta historia, una actitud que no parece ser producto de una "rebelión" solitaria frente a las normativas médicas, ni de un capricho por "adueñarse" de la paciente. Más bien, parece tener que ver con el paulatino reconocimiento de una diversidad "real" de las formas de concebir a la salud y la enfermedad entre los pobladores de la región, y de la insuficiencia del ejercicio médico oficial para abarcarla. Este reconocimiento no se hace desde una posición de exterioridad, propia de lo anecdótico, de la curiosidad y, por ende de lo eliminable sino, por el contrario, de cuestionamiento frente a la escasez de las formas médicas para encarar este tipo de situaciones.

Pero la aceptación de esta falta de medios autorizados al alcance no implica sólo una actuación a la par de otra especialidad médica (por ejemplo, la de la salud mental) sino que abre las puertas de lo más preciado de la clínica: su capacidad de reclamar para sí el diseño y control de la práctica.

Este paso genera profundas, y no bien identificadas, pugnas en el seno de la profesión, no sólo frente a quienes no desean cambio alguno por diferentes razones (prestigio, beneficios, etc.) sino también frente a quienes, aunque lo desean, no conocen el camino a seguir.

También genera conflictos en el exterior de la profesión, frente a una sociedad que ha delegado el resguardo de un aspecto tan estimado como la salud al sustento de la ciencia y la técnica, los pilares más confiables posibles de nuestra sociedad y desde los cuales se ha generado una economía de mercado poderosa.[90]

Pero también crea problemas frente a las mismas prácticas populares y "paramédicas", las cuales, a lo largo de una ya extendida y poco feliz coexistencia, han aprendido que los acercamientos en este sentido son peligrosos. Por lo tanto, es posible pensar con algún fundamento que una disposición más abierta del médico no tiene por qué unirse a una actitud parecida del curador popular quien, legalmente, sigue sumergido por la figura de la "práctica ilegal".

[88] En el hospital de San Martín de los Andes, todos los médicos, independientemente de su especialidad, actúan como médicos generales cuando cumplen tareas de guardia activa. Aunque, claro está, pueden recurrir, en el momento que lo consideren necesario, a los especialistas de las diversas áreas que operan como apoyo (guardia pasiva).

[89] Sobre este punto pueden verse las consideraciones de Jorge Grünmann, en el capítulo sobre el Plan provincial de salud del Neuquén, que figura en el Anexo 1. También las nuestras, en el capítulo VI.

[90] S. Belmartino, C. Bloch, A.V. Persello y M.I. Carnino, *op. cit.*; Jorge Katz, *Oligopolios, firmas nacionales y empresas multinacionales. La industria farmacéutica argentina*, Buenos Aires, Siglo XXI, 1974; J. Katz, *El escenario farmacéutico y farmacoquímico latinoamericano e internacional de la década de los años 1990*, Buenos Aires, CEPAL, 1988; L. Borini, "Monopolios tecnológicos y desgobiernos", *Cuadernos Médico-Sociales*, nº 48, Rosario, junio de 1989.

Es en este contexto donde media la derivación de Judith a la gente de salud mental. ¿Por qué se considera que el estado de Judith revela problemas en ese área?

En principio, se piensa que si accede al hospital se debe a que hay una demanda a este tipo de servicio. Se tienen en cuenta, además, antecedentes de Judith en cuanto a su recurrencia a la medicina formal, no sólo por asuntos bien definidos que se curan en ese ámbito (traumatismo) sino también cuando se siente "medio loca". En esta ocasión se trata de un reclamo, inespecífico en tanto Judith dice sentirse ya curada o, al menos, en el buen camino hacia el restablecimiento.

Judith no pide nada en concreto, pero quiere ver a un médico.

Dar forma al motivo de consulta, teniendo en cuenta el relato que hace Judith de su padecimiento, se torna un problema; porque, de "respetar culturalmente" el discurso de Judith, el diagnóstico podía escaparse del espectro nosológico médico. Sin embargo, se retiene un aspecto importante: el hecho de que quiere ser escuchada por un médico del hospital. Porque, por experiencia, Judith sabe que hay médicos que sí escuchan a las personas con el tipo de problemas que ella trae en esta ocasión.

Es así que Guillermo quiere mejorar técnicamente su propia capacidad de escucha, y, a la vez, la capacidad de Judith de ser escuchada.

Se da aquí el planteo de una continuidad en su asistencia en el ámbito de la medicina oficial.

Dice Guillermo: "Judith no lo solicita pero yo, como médico que la está atendiendo, interpreto que ella requiere de algún tipo de ayuda, específicamente en lo que hace a su salud mental, y que supera la mera consulta por guardia".

Se llega, entonces, a un primer punto de acuerdo donde apoyar un incipiente pacto terapéutico el cual, sin embargo, seguirá siendo *ambivalente* durante el lapso que Judith está en contacto con el equipo oficial de salud.

"En esta primera entrevista, por guardia, surge un punto de coincidencia entre lo que creo que necesita Judith y su deseo".

2. Las entrevistas con Judith cubren dos momentos bastante diferenciables: el primero, ocupado en buena parte en su relato por las perturbaciones que sufriera a causa del "daño". El segundo, a instancia de los médicos que la atienden, tiene que ver con la relación que mantiene con su marido.

Todas las reuniones tienen lugar en el hospital. Y, a diferencia de otros casos, esta vez son individuales. Lo que implica que los médicos cuenten sólo con una versión de la historia.

De acuerdo con su modalidad habitual, el equipo de salud mental considera que Judith es una persona que tiene problemas y que pide ayuda, pero no es rotulada como "enferma mental".

Sin embargo, esta perspectiva no supone el descuido de los signos clínicos. Judith no genera alarma en los médicos, quienes notan sólo algún grado de excitación atribuible en parte a la forma de ser de Judith y a su necesidad de expresarse casi teatralmente durante el relato de su mal.[91]

[91] Este rasgo también pudo ser atribuido a una "histeria de conversión", en el sentido de crisis emocional con teatralidad (Freud, 1978). Desde la psicopatología psicoanalítica podría haberse visto, apuntalado por el momento depresivo que parece

Scanned with CamScanner

Un cuadro considerado en principio asintomático, que va unido a un relato autocontenido de un episodio de "daño" que tiene momentos fantásticos (mágicos), deja a la medicina formal con poco espacio (conocido) de acción; salvo que el relato se hubiera ubicado bajo una entidad psiquiátrica, al descartarse clínicamente las posibilidades de una patología neurológica y dado los componentes alucinatorios que son típicos de cualquier episodio de este tipo.

Dado que también desde la visión religiosa, tanto tradicional como actual popular, el "daño" rompe con la cotidianeidad y es muestra de conflictos importantes en las relaciones sociales y con el mundo sagrado,[92] desde ambas perspectivas, oficial y popular, Judith era una paciente: con un posible "daño" desde lo popular, pero también con dificultades vinculares, o intrapsíquicas, pasibles de ser enfocadas por el equipo del hospital.

Por otro lado, también había un compromiso somático, frente al cual media una curación popular previa a la llegada de Judith al hospital.

Pero, ¿cuál versión era la contraparte oficial del diagnóstico? Es decir, es clara la desinhibición con que Judith hace su relato a los médicos y en el hospital, más allá de la buena disposición de ellos a escucharla y del intento que se hace para aproximarse a un lenguaje común que tiene como fundamento un deseo de respetar al otro y a sus creencias. La posibilidad terapéutica del diálogo está dada; y la permanencia de Judith en el sistema oficial también queda asegurada por su propia necesidad de confiar y de ser escuchada en este ámbito. Pero sigue sobre el tapete el problema de dar forma al motivo de consulta.

Este punto da ocasión para una negociación de significados, en donde se ponen en marcha zonas de apertura e intercambio entre las visiones socioculturales allí presentes. Durante este proceso, los médicos procurarán elaborar un modelo explicativo de la situación que no siempre será compartido pero que quiere acompañar los movimientos que se producen a lo largo de un juego interpretativo intrincado.

Por un lado, nos encontramos con la desenvoltura en el hablar de Judith. Aquí no se está frente a un simple diagnóstico de "daño" —hecho que aun por sí sólo suele ocasionar rupturas relacionales del equipo oficial de salud con el paciente— sino a un detalle minucioso, expreso, sin ambages ni alusiones, de las condiciones que permiten el echar un "daño", de los esfuerzos que hace Judith para luchar contra la fascinación[93] que siente frente a él, cuando se da cuenta de qué se trata, y, sobre todo, de las cosas raras que le van pasando y que transcurren en una dimensión mágica: la más oculta, desde unos, y la más despreciada, desde los otros.

Es cierto que los médicos le dan pie, pero esta actitud de Judith hace

---

seguir en el ánimo de Judith cuando empieza a hablar de los problemas con su marido, el "daño" como mecanismo de defensa (¿defensa maníaca?) frente a la angustia de tener que decidir entre el juicio por alimentos o su marido. Pero, si esta posibilidad pudo estar rondando como una suerte de "sentido común psicologizado", está claro que todo diagnóstico debe ser continuado por una terapia acorde. Por eso, aun cuando se hubiera estado realmente convencido del diagnóstico, que no fue el caso, nunca se hubiera podido tomar al pie de la letra.

[92] H. Aizen, "Sistema médico y cosmovisión tehuelche y araucana". Dirección de Estudios Rionegrinos. Subsecretaría de Cultura. Programa Recuperación del patrimonio histórico con todos. San Carlos de Bariloche, diciembre de 1989.

[93] En el sentido de "embrujamiento" o "hechizamiento".

pensar en un cambio importante en lo que generalmente se va a buscar al hospital y, por supuesto, se encuentra. Cambia, en parte, el *valor funcional* que se asigna al hospital como depositario de una serie nosológica que no puede ser atendida por la medicina popular. Dicha serie, desde una divisoria de aguas específica y precisa, parecería avanzar hacia una mayor variabilidad que, por imprecisa, se hace imprevisible. De ahí, el desconcierto por el motivo de consulta.

Judith no dice lo que los médicos esperaban oír: discursos subordinados que pueden ser dichos, aunque quizá todavía no muy comprendidos, en un ámbito de hegemonía por excelencia.

Esta marginalidad va ocupando espacios oficiales, ubicando en ellos nuevos significados y desbalanceando, en la acción, el equilibrio socioinstitucional vigente; es una marginalidad que no deja de ser tal pero que ahora es manifestada en otro marco, produciéndose, al menos, una fractura cognoscitiva del orden dominante.

Por otra parte, Judith es quien conduce buena parte de su proceso terapéutico. Ella decide, según las circunstancias, los deseos y las molestias que sufre, acudir a uno u otro sistema de salud.

Además, va construyendo los criterios de aplicabilidad de las prescripciones médicas, tanto oficiales como populares. No sólo en este episodio, sino incluso cuando se trata de la fisura de un hueso. No utiliza el líquido que le da doña Filomena y tampoco parece del todo convencida de las bondades de sus reuniones con el equipo del hospital.

Judith está viviendo una situación aguda de crisis, pero aun así no pierde su poder para conducirla.[94] Y, nuevamente, el discurso médico, oficial o popular, aun *frente* a la misma enfermedad, pierde su habitual preponderancia o, al menos, la que se le concede (aunque no la preponderancia con que se lo practica, como en este caso). Su inflexión se subordina a la evaluación que hace el propio grupo sobre el estado de cosas en cada momento.

¿Equivoca Judith el lugar donde debe decir su relato?

Esta es la pregunta que subyace a la búsqueda de la otra parte de la negociación, a cargo de los médicos. Ellos se encuentran solos frente al relato de Judith porque dudan en conjugarlo con procesos de índole psiquiátrica y están, a la vez, desorientados por el uso que hace Judith del sistema oficial. (Más adelante tendrán un nuevo motivo de desconcierto.)

¿Es importante llegar a un diagnóstico?

En estas circunstancias parece que sí, en tanto produciría, quizás, un reacomodamiento de los distintos significados vertidos en esa situación de encuentro. Pero el punto es que "la paciente", en realidad, deja de serlo. Al menos, en un sentido estricto. Pues reclama que ya se siente curada o en vías de estarlo, sin la participación de la medicina oficial.

Una posibilidad es no creerle y devolverle una condición de paciente (¿enfermarla?), esta vez, psiquiátrica.

Pues, después de todo, ¿cómo asegurarse de que las formas sociales que adquiere la experiencia de la enfermedad son "culturalmente" tan extrañas las unas a las otras? ¿Por qué sostener en tal sentido la función "patoplástica"

[94] Aun cuando pudiera interpretarse que usa la crisis producida por el "daño" como excusa para dilatar el momento de decidirse por el juicio o el marido.

Scanned with CamScanner

de la cultura que plantea la Organización Mundial de la Salud (OMS)?[95]

¿Acaso la custodia de los patrones culturales —incluyendo los de la enfermedad— no es una forma de discriminación, de perpetuar una diferencia que, en el fondo, es más que nada ideológica?[96]

¿Acaso el fenómeno de enfermarse no tiene una única raíz humana? Y, por eso mismo ¿no hay, tal vez, configuraciones comunes o intercambiables o apropiables?

¿Acaso la ya larga convivencia en espacios político-institucionales comunes no permite siquiera sospechar una cierta comunalidad del proceso salud/enfermedad?

Un diagnóstico "occidental", ¿hubiera servido como punto de apoyo para aclarar estas preguntas? Creemos que no, por el tipo de uso, social y profesional, que suele hacerse de los diagnósticos —sobre todo psiquiátricos— y no por los diagnósticos en sí mismos.

Sin embargo, nos parece que una evaluación sintomática del estado de quien está transitando por una crisis puede evitar la parálisis a la hora de las decisiones. Ya que no queremos decir que, por un respeto a ultranza por aquello cuyo sentido resulta problemático penetrar, el médico abandone a su paciente a un sufrimiento sin propósito y evitable.

El punto es que el conjunto de las entrevistas, en sus dos tiempos ya señalados, transcurre por realidades de distinta índole. Ubicarlas bajo un mismo rótulo diagnóstico hubiera sido, creemos, un procedimiento reductivo.

En este sentido podría señalarse que había coincidencia en el hecho de reconocer que se estaba ante una situación disfuncional, enfermante (lo cual es, ya, una forma de diagnóstico). Isolina, agente sanitario del barrio, cuenta que en esa época se decía que Judith estaba como "medio loca". Sin embargo, la etiología y la terapéutica respectiva transcurren por una realidad que es ajena al equipo médico: un mundo de trascendencia que, aunque sin duda ahora desacralizado, retiene, formulada, una acepción del *sentido común* en que las explicaciones de carácter sagrado de la enfermedad se siguen articulando con un conocimiento empírico que funda las terapias populares vigentes.[97]

Torcer este sentido común en cualquiera de las direcciones posibles hubiera generado una medicalización (o psiquiatrización) de toda la situación ¿En beneficio de quién?...

En el segundo tiempo de las entrevistas ya se pisa un terreno común, un punto de llegada que parece aplacar el juego de "realidades" de la primera parte —sensación que marca el cambio de ánimo de Judith—. Se produce algo así como una pausa en el hablar de un tipo de enfermedad popular para pasar a otra, ¿científica? Pero, ¿desde cuál psicopatología (psicoanalítica, sistémica, etcétera) centrar el problema de replantear el vínculo que Judith mantenía con su marido? Judith es esquiva con este punto. Los hombres permanecen extrañamente ajenos al relato, salvo en calidad de hijos. Es una historia de mujeres. Pero el móvil de la trama es, sin duda, una cuestión sobre

[95] Organización Mundial de la Salud (OMS), Informe del Grupo de trabajo sobre salud y culturas médicas tradicionales en América Latina y el Caribe, 1983.
[96] M. Herzfeld, "Comment on 'Etnography without tears' by P.A. Roth", *Current Anthropology*, vol. 30, nº 5, diciembre de 1989; V. Crapanzano, "Introduction", *Culture, medicine and psychiatry*, 14 (2) 1990.
[97] H. Aizen, *op. cit.*

los hombres. Judith no parece querer profundizar. Así lo expresa y decide interrumpir las reuniones.

3. El último tema que queremos discutir se refiere a la actitud que adopta la curadora popular durante la única reunión que tiene con los médicos.

También es el único momento en que se cambia de escenario: la casa de doña Filomena.

La pregunta es más o menos así: ¿por qué van a su casa? ¿Y cuáles son los resultados de esa visita?

El argumento esgrimido es la inquietud por el posible señalamiento, por parte del barrio, de María como "bruja" y por las consecuencias sociales que acarrea una tal nominación.

Según Guillermo: "Algo así como 'actuar de oficio' ante el riesgo que corría María. El abordaje conjunto podía proveer más medios para reducir al mínimo posible este riesgo. Pero quizá no es ésta la única lectura posible de la entrevista con doña Filomena. También pudo ser motivo de la misma un deseo, o necesidad nuestra, de contar con más elementos, en cuanto a lo que nos pudiera aportar doña Filomena, para enfocar esta situación terapéutica. Una especie de transacción, donde cada parte da la particular visión que desde su sistema de salud, y desde su cultura, tiene. En este sentido, doña Filomena durante la entrevista demostró compartir en un todo lo que podría haber sido nuestra visión del tema, pero prácticamente no hizo ningún aporte desde su propio ángulo de visión. Aclara que, aun considerando buenos estos contactos, cada uno debe seguir su camino, lo que es compartido por nosotros. De todos modos, esta reunión donde se explicita el hecho de que desde ambas partes estamos atendiendo a Judith, implica de por sí una mutua aceptación de los roles que cada uno desempeña en el proceso terapéutico".

Frente a esta situación podrían plantearse dos objeciones: a) la primera sería que se intentó convertir el problema planteado por Judith en un "caso de investigación", es decir, que no se hubieran implementado alternativas de no mediar el trabajo de investigación que venimos haciendo en torno al abordaje conjunto, más aún, que la preocupación por María es ficticia, una forma posible, entre otras, de encontrar ilación con doña Filomena, ya que no hubo una demanda explicitada al respecto; b) la segunda argumentaría que se fue a lo de doña Filomena a buscar una confirmación (prueba independiente) del relato, por momentos delirante, que hace Judith en el hospital; en otras palabras, se fue a buscar "qué hay de cierto en todo esto", lo que implicaría, entonces, que había un diagnóstico psiquiátrico en juego.

Respecto de lo primero, siempre se ha tenido presente que las perturbaciones producidas por el "daño" tienen un origen fundamental socio-religioso y que, por ende, no son un padecimiento de una sola persona. La perturbación reside en la trama vincular que une con el grupo social y con el mundo trascendente. Y es a la misma trama social a la que se apela, desde el punto de vista de la medicina oficial, en busca de recursos terapéuticos.

El objetivo, tanto oficial como popular (aunque este último a través de la ceremonia de expulsión del mal —"machitún"—) es recomponer el detrimento sufrido por ella.

Entonces, puede decirse con alguna certeza, que se busca congregar el apoyo social del padecimiento de Judith: partes claves de ese sustento son doña Filomena y, sin duda, la propia María.

¿Es que acaso el equipo oficial de salud temía que, en esta situación, las

Scanned with CamScanner

redes sociales estuvieran muy deterioradas (rotas) como para requerirles recursos en la búsqueda de una recomposición (social) del estado de Judith?

Acá estamos hablando de una estrategia frecuente del equipo de atención primaria y de salud mental, que, como la experiencia parece indicar, ofrece importantes claves en el logro de la salud, aunque también puede volverse opaca y poco útil.

Por otro lado, creemos que el hecho de que medie una actividad de investigación ofrece otra posibilidad en el mejoramiento de la atención de la salud desde la práctica oficial, brindando elementos teóricos y metodológicos.

Respecto de la segunda objeción, si la cuestión era dilucidar qué era parte de la realidad y qué parte de una cierta "no-realidad" (producto de una histeria, por ejemplo) la primera pregunta que debió hacerse era: ¿de qué realidad empírica estamos hablando?[98, 99]

Es así que dejan de tener pertinencia los "grados de validez" empírica de los distintos órdenes simbólicos, si es que evitamos implementar medidas de comparación con nuestros propios parámetros (hitos, según Foucault).[100]

Sin embargo, podríamos sostener, con asidero, que las diversas perspectivas de la realidad se congregan hoy en un espacio común de prácticas socio-institucionales. Deberíamos tener presente, además, que en él estas diferentes perspectivas tienen espacios diferenciales de poder.[101]

¿Es por ello que consideramos a cierto punto de vista "menos real" que el nuestro? ¿Y, es por ello que estamos listos para endosarle una patología suplementaria a la que, de por sí, ya tiene? ¿O es que este endoso ya viene dado por la propia dinámica del cambio popular.

Sin embargo, no queremos restar importancia al hecho de la disposición que tuvo la curadora popular en esta historia, lo que nos conduce a una reflexión sobre las respectivas circunstancias y razones.

Creemos que, en el intento por encontrar un terreno discursivo común, obtenemos como resultado que un abordaje conjunto admitido, según nuestra tipología tentativa, *se fuerza* a otro ejercido. Y esta estrategia, en esta ocasión, falla. Al parecer resultó ser un retroceso en el camino de encuentros que se quería hallar.

El nuevo motivo de desconcierto para los médicos tiene que ver con las respuestas que reciben de doña Filomena: en su diálogo con ellos sólo habla en los términos de la medicina oficial.

Quizás esto se deba a que los médicos van a conversar especialmente

[98] B. Good, *op. cit.* M. Sahlins, (b) *Cultura y razón práctica. Contra el utilitarismo en la teoría antropológica*, Barcelona, Gedisa, 1988.

[99] "(...) el problema no es si hay vínculos entre la cultura y el mundo empírico sino que hay demasiados vínculos. Se pueden construir muchos mundos diferentes, todos los cuales representan el mundo empírico (...)" (Good, 1988) (la traducción es nuestra). "(...) El significado siempre es arbitrario en relación con las propiedades físicas del objeto significado; en consecuencia, el concepto se refiere ante todo a un código de distinciones propio de una cultura en cuestión (...)" (Sahlins, 1988). "En la sociedad humana, ningún objeto o cosa tiene existencia ni movimiento salvo por el significado que los hombres pueden asignarle (...)" (Sahlins, 1988, pág. 170). "La naturaleza arbitraria del signo, que se compromete con el objeto sólo selectivamente, somete por lo tanto lo natural a una lógica específica de la cultura (...) (Sahlins, 1988 -b-, pág. 82).

[100] M. Foucault, *op. cit.*

[101] P. Bourdieu, *op. cit.*

de María o a que conocía poco a uno de ellos. En este sentido, doña Filomena deslinda pulcramente los ámbitos oficial y popular del proceso de la enfermedad de Judith, optando por el primero y descartando el segundo. Es claro que hay algo más que no dice.

En la primera consulta que le hiciera Judith, le advierte que tiene "una amiga buena y una mala", palabras que tenemos que tener en cuenta, aun cuando sean sólo de Judith. Pero es cierto que visita a doña Filomena en razón del mismo problema que la convoca al hospital. Esto lo admite la propia curadora popular; por ende, la cuestión sigue en pie.

En una segunda consulta, le da una prescripción (que Judith desobedece). Lo importante aquí es resaltar que la derivación al hospital, patrón usual de funcionamiento intersistémico, no se cumple. Esta idea se refuerza con el hecho de que a doña Filomena no le parece conveniente que Judith se entere de que los médicos han estado hablando con ella. Y así, su frase casi oracular: "Cada cual debe seguir con su camino".

Este brevísimo abordaje conjunto sirve para establecer que, en este caso particular, no debe continuar, al menos desde el incentivo de los médicos oficiales y más allá de las articulaciones que pudieran seguirse de las prácticas de atención de la propia Judith.

Aunque se cuenta con la base de la mutua aceptación en el proceso terapéutico de Judith y la visita a doña Filomena puede considerarse como una interconsulta de rutina, se produce una disrupción inesperada en su discurso: ella como antes Judith tampoco dice lo que los médicos esperaban.

Por otro lado, resulta complejo definir una versión única de la frase de doña Filomena: ¿cada uno *en* su camino o *con* su camino? ¿O las dos interpretaciones a la vez?

Si fuera la primera posibilidad, entonces nos enfrentamos a una advertencia de doña Filomena, en cuanto a los límites que se imponen al ejercicio del abordaje conjunto.

Y así creemos llegar al punto de inflexión que puede dar una pista en este estado de cosas.

Los médicos le plantean una inquietud que tiende a incrementar el factor de confusión que ya había introducido Judith con su desenvoltura para hablar del "daño" *dentro* del sistema oficial de salud.

Es posible, entonces, que se haya atentado contra nuestra propia definición de "abordaje conjunto", la que hace énfasis en la diferenciación de las prácticas de salud. Doña Filomena también suele ser tajante al respecto. Y vio en esta visita, tal como quedaba planteada, otra oportunidad para reafirmarlo.

La segunda opción podría señalarnos el error que se comete al trazar analogías entre las formas de legitimación de los conocimientos sobre la salud/enfermedad de cada sistema de salud.

Si los médicos fueron por una versión *oficial* (válida) del "daño" de Judith, pues no la encontraron.

Una buena enseñanza, después de todo.

Scanned with CamScanner

IX. Los lugares y la "gente de la tierra"

Tercer caso: La historia[1]

Primera parte

Elisa Huerquipán nació el 12 de octubre de 1961 en el paraje Calquín, del departamento de Catan-Lil, provincia del Neuquén.

Su padre, Marileo Huerquipán, es trabajador rural, siendo criancero de chivos. Se ausenta de la casa, durante largos períodos, para trabajar en las estancias (asalariado temporario).

Don Marileo estuvo internado en un establecimiento de la provincia de Buenos Aires, por "problemas psicológicos", según relata el agente sanitario del paraje: "Después se compuso y se recuperó bien. Por tiempos, le agarra eso a Marileo".

Su madre, Casimira Colopí, es ama de casa rural, es decir que también es criancera. Tiene problemas óseos, con cierta dificultad para caminar. Elisa tiene varios hermanos: Demófilo, Francisco, Juan y Elida. Todos fueron criados por una tía, doña Celestina Huerquipán, excepto Elisa. El mayor de los hermanos está en Río Colorado (provincia de Río Negro); otro está en Cipolletti y el tercero sigue viviendo con la tía Celestina. Cabe indicar que esta última es curadora popular.

Nos dijo doña Casimira: "Para que estudiaran los chicos los llevamos. Lo dimos a ella".

Elida permaneció con doña Celestina y tuvo una crisis, relacionada

[1] Todos los nombres de personas fueron cambiados, excepto el de los médicos que intervinieron en la Zona Sanitaria IV: Wille Arrúe y Daniel Mac William. También el nombre del paraje ha sido cambiado. Obviamente conservamos el de las localidades de San Martín de los Andes y Junín de los Andes así como el de la ciudad de Neuquén. Por otro lado, la primera persona en que está redactada esta parte, como la conclusión, corresponde, a veces, a Wille Arrúe. Esto se debe a que él fue quien tomó a su cargo, en San Martín de los Andes, el problema de Elisa y de su familia. Durante el transcurso de la primera parte de la historia todavía no se había iniciado, en forma sistemática, el trabajo en colaboración con las ciencias sociales. Sin embargo, otras veces, la primera persona reemplaza al "nosotros" por simple comodidad expositiva.

con las ganas de formar pareja e irse de la casa. Dicha crisis implicó un intento de suicidio (degollamiento).

Hace varios años que Elida se fue de lo de doña Celestina con un hombre y desde entonces se ignora de ellos.

El marido de Elisa es Ignacio Manquilef.

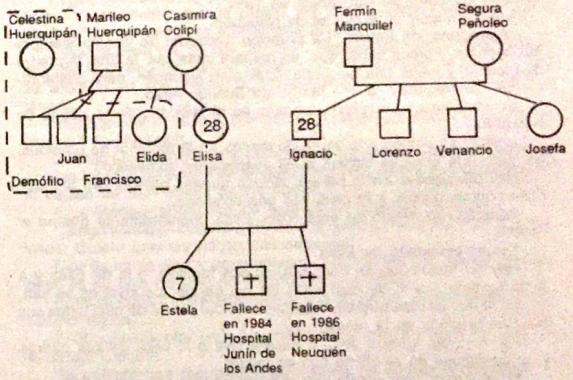
Su padre, Fermín Manquilef, también es criancero de chivas (a medias).[2]

Asimismo, se ausenta de la casa por largos períodos, provocando las quejas de su esposa, Segura Peñoleo, quien lleva sobre sus espaldas el peso de la conducción del hogar.

Segura Peñoleo tiene antecedentes de "daño", aparentemente superado, mediante tratamiento con curadora popular.

Don Fermín también sufrió un "daño".

Familiograma



[2] "La mediería entre los mapuche argentinos establece un compromiso entre partes que se orienta a repartir en forma simétrica la producción obtenida de la crianza de animales. Un poblador ofrece su majada —o parte de ella— a otro que aporta su fuerza laboral. El pastaje se realiza en campos de algunos de ellos según los términos del contrato que respetan las posibilidades y situaciones respectivas. Cuando el que oficia de mano de obra se traslada al territorio del propietario de las cabezas ocupando, también, la residencia que este último dejó, se lo denomina 'puestero'. Su responsabilidad no sólo se extiende sobre los animales sino también al cuidado del puesto mismo." (Olivera, 1986)

Scanned with CamScanner

Ambos aparecen con antecedentes de "trastorno", según los familiares. Ignacio es criancero hasta su migración a la ciudad de Neuquén.

Dice doña Celestina: "Yo lo vi Dr., y le di todos los tratamientos. Pero al terminarse el tratamiento tenía que venir de vuelta y nunca más lo vi. Así que imagínese, un paciente que por más que uno lo quiera tratar lo mejor posible, no puede. Tiene que hacer lo que uno dice. Yo soy tan exigente como un médico. Pero si no me obedecieron... Porque si uno quiere salvarse, uno mismo tiene que poner voluntad".

Desde chicos, tanto Elisa como Ignacio participaron en la economía familiar, cuidando los chivos. Además de ayudar en los quehaceres domésticos. Eran vecinos, ya que las casas familiares están aproximadamente a una legua de distancia (5 km). Cuando se relacionan y deciden vivir juntos, Elisa no obtiene el permiso materno, no obstante lo cual se instala en la casa de los padres de Ignacio.

Tienen un primer hijo, una nena, Estela, en Junín de los Andes, en el año 1982. El parto fue por cesárea.

El segundo hijo de la pareja, un varón, fallece antes de nacer, también en Junín de los Andes, en 1984.

Luego, migran a la ciudad de Neuquén.

"Abandono" de Estela.[3] La situación alrededor de la niña siempre fue confusa. Parece como que, en primera instancia, la tuvo la madre de Ignacio, y luego una hermana de éste en Neuquén, para posteriormente "¿entregarla?" a una familia de Buenos Aires.

Se instalan en un rancho precario en el suburbio de la ciudad de Neuquén.

Ignacio se dedica a la venta de diarios en la terminal de ómnibus, en tanto que Elisa se dedica a los quehaceres domésticos.

Hay dificultades en la pareja. Incluso nuevas parejas (en ambos): Elisa con un policía e Ignacio con una boliviana.

Además, en medio de esta crisis, Elisa presuntamente quema el rancho.

Tercer embarazo de Elisa.

Hay un factor que es común a las dos familias, a la de Elisa y a la de Ignacio, y a la de casi todas las del paraje: los jóvenes se van.

En la familia Huerquipán, el alejamiento del paraje de casi todos sus hijos se produce en la niñez.

Por su lado, Ignacio lleva a Elisa a vivir a la casa de sus padres y se constituye en el último hijo en migrar.

No obstante, esta cuestión es relativa: las ideas y vueltas de ambos entre Neuquén y Calquín podrían estar relacionadas también con la dificultad para la independencia.

Con respecto a Elisa, ésta comenta que fue la única que no quiso irse con la tía Celestina.

Muchos de los niños del paraje van a cursar sus estudios primarios a colegios religiosos existentes en ciudades cercanas, especialmente Junín de los Andes.

[3] Este presunto abandono será objeto de una consideración posterior.

Estos niños, en vacaciones, vuelven a sus casas.[4]

Las mujeres conducen el hogar y los rebaños, fuente de sostenimiento familiar. Los hombres se van durante mucho tiempo.

Doña Segura asume, con frecuencia, la defensa de su hijo Ignacio ante la "agresión" de Elisa. Y, además, la acusa del abandono de su hija Estela. Aparece, así una marcada injerencia de Segura en la pareja de Ignacio y Elisa. Por su parte, doña Casimira tiende a apartarse de la pareja, al menos en buena parte del abordaje que se hizo.

Elisa, embarazada, ingresa al Hospital Neuquén, el 20/8/86, por aparente traumatismo abdominal.

Según consta en la historia clínica, entró en trabajo de parto y el niño murió en el lapso perinatal. Se diagnostica ruptura de membranas e infección genital.

Incoherencia, desorientación, disgregación, inquietud configuran la crisis puerperal.

Elisa intenta fugarse del hospital, llevando frazadas y otros elementos del lugar. Se la interna en el Servicio de Salud Mental.

Es medicada con antipsicóticos e hipnóticos; se diagnostica psicosis.

Fugas reiteradas. Ignacio no parece dispuesto a hacerse cargo de Elisa. Y manifiesta que la familia de Elisa quiere internarla "para siempre"... "porque hace mucho que está así".

Elisa reclama por su hijo fallecido. Agresiones hacia otros internados. Se le coloca un DIU; al respecto, si bien ignoramos si se solicitó su acuerdo en ese momento, posteriormente no mostró oposición a tenerlo.

Se hace una entrevista domiciliaria a cargo del asistente social del Hospital de Neuquén.

Dado lo estacionario de la situación, se juzga conveniente el enfoque con las familias de origen de ambos. Para ello, se hace un acuerdo con el equipo de San Martín de los Andes.

Elisa ingresa al hospital de este último lugar el 15/11/86.

"Tengo varios chicos en la panza que estaban muertos y ahora están vivos. Quiero que me hagan una cesárea".

Dice llamarse María, confundiendo a familiares y al equipo médico, pues es su otro nombre no utilizado (María Elisa).

El 18 se realiza entrevista domiciliaria con la tía. Crisis de excitación, deambulación.

El 20 se hace otra entrevista domiciliaria con la madre de Elisa, en el paraje Calquín.

Se obtiene una respuesta muy relativa en ambas entrevistas.

Sin embargo, hay un apoyo de la "médica" del paraje, doña Manse, quien concurre en calidad de vecina, ya que no se le habían solicitado sus servicios.

Decía doña Casimira: "Sí, acá no hablaba. De repente, salía, se iba, y yo tenía que seguirla, sabía estar sola. Y, en momentos, se perdía. Mejor que la tengan internada, conviene más. Es feo cuando están trastornadas las personas. Yo no puedo decir nada, tendría que estar

[4] En la escuela del paraje sólo 4 de sus 50 alumnos terminan el ciclo primario.

Scanned with CamScanner

el padre. A lo mejor le va a hacer más caso al padre que a mí".

En tanto, doña Manse dice: "Yo creo que por la tristeza esa, cualquier persona se trastorna".

El médico responde: "Yo estoy de acuerdo. Creo que va a ser mejor tenerla internada hasta que mejore más...".

También acá se manifiesta la confusión con la identidad de Elisa; y, aparece la duda con la hermana (Elida).

Doña Casimira dice que va a ir a la casa de los suegros de Elisa: "Tendría que ir en estos días, diría yo. Le voy a preguntar dónde está el hombre, el marido de mi hija".

En tanto, se acuerda con doña Celestina, quien ya ha reconocido a Elisa, un sistema de hospital de noche, en el que Elisa concurre a la casa de la tía (la viene a buscar su hermano).

Tratamiento de su anemia.

La tía, ya en función de curadora, refiere que Elisa tiene "debilidad".

Progresivamente, Elisa va mejorando, definiendo su identidad.

El 28/11/86 con Elisa y la tía, nos trasladamos al paraje Calquín.

Primero, vamos a la casa de los padres,

Aún don Marileo no había llegado.

Doña Celestina conduce la entrevista: "Lógicamente, vos sos la madre y sos la que tiene que ayudarla a atenderla". Y, sigue: "Come bien, conversa bien. Si Ud. quiere tomar mate con ella... Tomaba mate con los chicos. No tengo nada que decir. Reconoció enseguida el lugar".

Doña Casimira: "Acá no la puedo tener porque ya ha tenido marido".

Doña Celestina: "Es la responsabilidad de cada matrimonio. Porque si se juntó o se casó tiene que enfrentar todas las situaciones que se presentan. Porque para eso es el esposo. No para dejarla, así no se puede".

Acordamos que doña Casimira y nosotros visitaríamos la casa de los suegros (¿o de los ex-suegros?) de Elisa y que, nuevamente, doña Celestina conduciría el enfoque.

En esta ocasión, doña Manse no nos acompañó. Anteriormente, lo había hecho sólo en calidad de vecina ya que, como quedó dicho, no se había demandado su presencia como curadora.

Doña Celestina enfatiza la inquietud de Elisa por volver al paraje.

Allí, para esa época se había producido un desastre por la pérdida de los chivos; un temporal había matado a doscientos animales. Doña Casimira dice que don Marileo hizo los trámites de jubilación; "pero todavía le falta, en cuatro años le van a contestar".

Se acuerda de lo duro que es vivir en el hospital. Surgen experiencias personales en tal sentido, de casi todos los presentes.

Doña Celestina: "En ningún momento la piba actúa mal, no es así como la veo. Ella ceba mate, toma mate con cualquiera, conversa. Una persona que está así tiene que tener ayuda de la familia, amigo, amiga. Que lo ayude, hablarle, no dejarla que ella esté ahí como si estuviera totalmente sola".

Ambas familias están de acuerdo en que doña Celestina sería la curadora a cargo.

Se habla acerca de la necesidad de combinar recursos de ambas medicinas.

Doña Celestina: "Ella si quiere ayudar, si quiere hacer algo, dejarla.

Pero no mortificarla. Entenderla. Es un paciente delicado, pero una persona que actúa cuando tiene que actuar, no actúa en asuntos fuera de lugar".

Doña Segura y don Fermín invitan a Elisa a quedarse en la casa.

Se harán cargo de la medicación; la cual será controlada también por el médico, en visitas mensuales al paraje.

No obstante, la referencia permanente con el sistema oficial es el agente sanitario del lugar.

Doña Celestina: "Estás contenta, Elisa. Si tenés ganas de cantar, cantá".

El 12 visito nuevamente el paraje.

Primero, y como siempre, a lo de Huerquipán. Don Marileo ya está de regreso del campo. No habían visitado a Elisa.

Acordamos hacerlo, aprovechando la camioneta.

Nos recibe la pareja Manquilef.

Dolores reumáticos de don Fermín. Y tratamiento popular: arena caliente.

Elisa está en la casa de una tía vecina. Dicen que sigue muy callada.

Surge el tema del baño.

Doña Segura: "Duerme mucho. Le digo que hay que bañar. Pero nada. Muchas veces, uno se encuentra mal y le hace un baño y compone. No habla nada, callada nomás pasa sentada".

Quedamos con los padres de Elisa en que la llevarían a su casa para que se bañe. Así la ayudan, y también a la pareja Manquilef.

Elisa, ya de vuelta, también está de acuerdo.

Todos dicen desconocer la situación de Estela: aunque consideran que vendría con Ignacio para las fiestas.

Elisa se muestra mejor, está tejiendo. Participa de la propuesta de disminuir la medicación.

Doña Segura: "Le hace bien estar acá. Se nota en cuanto hay color. Porque cuando vino estaba amarilla, blanca., Ahora tiene más color".

Elisa va a la casa de sus padres, para bañarse.

Posteriormente, realicé varias entrevistas domiciliarias.

En la visita siguiente, suspendo la medicación.

También, Ignacio vuelve de la ciudad de Neuquén.

Reinician la pareja y vuelven ambos a Neuquén.

Más adelante, las visitas continuaron aunque esporádicamente, para conocer la evolución de Elisa.

Según los familiares, Estela vive con su tía paterna en Neuquén.

Segunda parte

En julio de 1987, retornan Elisa e Ignacio a Neuquén.

"—¿Sigue con Ignacio, siguen juntos?

—Sí.

—Creo que tienen una casita". (Padres de Ignacio, 12 febrero de 1988).

"—Yo venía a ver un poco si habían tenido novedades de Elisa, cómo andaba, si habían tenido noticias.

—Hace poco tiempo anduvo el hombre y dice que está bien.

Scanned with CamScanner

—¿Ignacio?

—Sí, y después ha venido a verme el hermano de él, que dice que le hizo la casita. Yo no sé si será verdad". (Padres de Elisa, 12 febrero de 1988).

Rehacen su hogar. Los familiares que quedaron en Calquín tenían diferentes versiones acerca de la situación del grupo.

Todos coincidían, sin embargo, en que Elisa había mejorado mucho.

"—Ahora creo que está más gorda. Se compuso. Parecía que no iba a mejorar nunca, que se iba a quedar así nomás. Pero fue mejorando". (Don Manquilef, 12 febrero de 1988).

Respecto de la situación de Estela, algunos decían que estaba viviendo con la tía paterna, también en Neuquén.

"—Y, la nena, ¿está con ellos?

—Parece que no.

—Que la encargó...

—Ahí debe estar.

—Yo estuve con los padres y dicen que Estela está con Ignacio y Elisa.

—Dicen que la ha encargado..." (Padres de Ignacio, 12 febrero de 1988).

"—Y, la criatura, ¿cómo anda? Estela...

—Está bien. Creo que está con ella.

—¡Ah!, entonces seguro que está bien.

—Sí, así ha dicho el hermano de ella, que la tenía ella.

(...)

—Sí, está bien. Porque ahora, en marzo, lo iba a traer ella acá, el marido lo iba a traer, para enrolarlo acá en Catan-Lil, porque el documento no lo tenía.

—Sí, había quemado el documento.

(...)

—Sí, ella sabe los años que nació..." (Padres de Elisa, 12 febrero de 1988).

Aún no había conocido a Ignacio.

Continuaba visitando a los padres de Elisa e Ignacio para seguir su evolución, a distancia.

La información era, no obstante, críptica.

A principio de julio de 1988, se produce el reingreso de Elisa en el Servicio de Salud Mental del Hospital de Neuquén, luego de un dudoso accidente en el que cae de un ómnibus y se fractura ambos tobillos.

A pesar del yeso, es imposible inmovilizarla.

Por ello, se intenta medicación e incluso atarla a la cama.

Delirios, alucinaciones, confusión. Agresiones reiteradas y fugas.

Aparece Ignacio, a la par que las exigencias de Elisa por su hija.

Ignacio dice que entregó a Estela cuando Elisa se fue porque no podía atenderla y la nena los quería mucho (al matrimonio que la recibió).

El 5 de agosto es dada de alta, pero se reinterna al otro día, llevada por la policía.

Estaba desnuda en un canal de riego.

El equipo a cargo decide derivarla al lugar de origen con Ignacio, buscando una evolución similar a la lograda en la ocasión anterior.

El 12/8/88 recibo una llamada, por radio, de Daniel, médico de Catan-Lil.

"—Mirá, necesito derivarla porque acá no la puedo contener. A pesar de la medicación. Salí a las disparadas a buscarla por un llamado de la escuela de Calquín; había roto todos los vidrios y la radio".

Elisa reingresa al hospital de San Martín de los Andes ese mismo día.

Dice: "Mi nena está en Buenos Aires".

Tenía una quemadura en el antebrazo izquierdo, producto de una reyerta.

"Nos peleamos porque se casó con otra mujer. Tengo un montón de hijos en la guardería y los tiene mi marido".

Insomnio, alucinaciones auditivas y visuales, excitación. Es medicada e, inmediatamente, se realiza un abordaje que durará varios días.

Se va del hospital en varias oportunidades. Y la trae de vuelta la policía. Algunas veces, desde la terminal de ómnibus, donde intenta viajar.

Se quiere un nuevo acuerdo con la tía, doña Celestina, para tratar de conseguir ayuda, sin éxito en esta oportunidad: "Estoy muy cansada. No puede ser que siempre tenga que responsabilizarme por ella".

Incluso, una vez que me acerqué con Elisa le diagnosticó, nuevamente, "debilidad". Y quedó en mandar para fortalecerla un remedio que luego no apareció.

El 19/8 resolvemos trasladarnos al paraje Calquín para realizar un enfoque familiar y, sobre todo, de la pareja: ya sabíamos por Elisa, y por Daniel, que Ignacio había quedado allá.

Avisamos a los familiares que íbamos a viajar.

Lo hicimos con Elisa, Liliana (asistente social) y alumnos rotantes de psicología.

En el camino, Elisa canta canciones evangélicas y también en mapuche. Primero, fuimos a la casa de los padres de Elisa. Rechazo de doña Casimira.

Elisa lo percibe y se vuelve, sola, a la camioneta. Casimira me dice que don Marileo está en la casa de los Manquilef, con Ignacio.

También nosotros volvimos a la camioneta.

Al llegar a lo de los Manquilef, había una persona arriba de una escalera montada sobre un árbol con un cartel: "Cristo es la salvación".

Al fin, pude conocer a Ignacio.

Estaba hachando, con cuchillo, porque su madre le dijo que durante varios días había habido un pájaro de mal agüero.

Dejo a Elisa con Martín, el estudiante, quien ayuda a Ignacio a hachar el árbol a cuchillo. Quedando claro que Elisa iba a hacer sólo una visita y, a la tarde , la buscaríamos para volver a San Martín de los Andes.

Aparentemente, durante el día Elisa e Ignacio se pelean.

A la nochecita se hace la entrevista familiar.

Elisa dice que es una especie de asamblea. Invita a los restantes a cantar.

Silencio.

Ignacio: "Habría que mandarla a Buenos Aires, al manicomio".

Así le dijo un doctor, o licenciado, en Neuquén. Así es que vinieron

Scanned with CamScanner

a Calquín a charlar para saber la opinión de don Marileo sobre esto.

Ignacio dice que él "solito" no le puede prestar ayuda. Piensa que Elisa se podría quedar en la casa del padre.

"El hospital tiene que cuidarla. Ya van tres años que está jodida".

Yo considero que Elisa no está en condiciones de estar fuera del hospital.

Elisa dice que está contenta. Ignacio enfatiza mi afirmación previa. Elisa está enojada conmigo porque no le traje a su hija.

Les explico qué pasaría en Buenos Aires. El médico de Neuquén les dijo claramente "manicomio". Le pregunto a Ignacio su opinión.

Elisa dice que no la van a mandar a un manicomio, que no está loca, que se hace la loca.

Insisto en que veo nervioso a Ignacio, porque no sabe qué hacer.

Digo que son los dos los que tienen que tener ayuda. Elisa quiere ir al juzgado por su hija.

Segura la culpa a Elisa por haberle dejado tirada a la nietita.

"Me encontró con un sentimiento que me hizo llorar".

Elisa dice que las mujeres no lloran.

"Yo siento mi hijo", dice doña Segura, "esta chica llegó nomás acá. Y yo le dije que se quedara de lástima. No pensaba que iba a andar así. A la nena la dejó en la tierra, llorando mi criatura. Si la llegaba a dejar en la cama, se caía. Después se quedó dormida. Calladita, lloraba. A los dos días suspiraba. Yo sola estaba".

Segura dice, refiriéndose a Elisa, que no tenía ni los sentimientos de los animales. Lo cambió al hijo (Ignacio) por otro marido.

Elisa: "Yo no lo quiero (a Ignacio). Los matrimonios se pelean".

Digo: "Vamos a trabajar estos puntos en San Martín (de los Andes), un tiempo que no va a ser mucho. Si fracasamos, fracasamos".

Ignacio: "Si Ud. (por Wille) me hace problema, consigo un arma y me pego un tiro. Yo lo hice a esto porque estaba nervioso. Yo no voy a ir nada si Ud. me hace problemas". Dicho esto, se larga a llorar.

Luego, continúa: "Yo no quiero estar al lado de esta otra. No me van a llevar". Aclaro que de ninguna manera lo llevo si no está de acuerdo.

Ignacio: "Si yo fuera rico, si tuviera plata, yo la ayudaba con una pensión, no pidiendo a nadie".

Digo que esas cosas que dice Ignacio son las que se pueden enfocar. Pero para eso necesito de la presencia de Ignacio en San Martín de los Andes.

Ignacio: "¡Ahora sí lo entiendo!; lo estoy comprendiendo. Yo ando solo, sin nadie que me ayude. Yo, ¡qué puedo hacer! Para mí es peor. No voy a andar pidiendo ni robando a nadie".

Digo: "¡De acuerdo! Pero, a su vez, yo me pongo en su lugar. Ahora quiero que Ud. se ponga en el lugar nuestro. Queremos ayudar a Ud. y a Elisa. Una persona que no anda bien dice lo que Ud. está diciendo. Le garantizo apoyo, no le garantizo éxito. Que Ud. ayude a Elisa y ella a Ud.".

Ignacio: "A mí me duele la forma en que (Elisa) habla. Me gustaría ayudarla".

Elisa: "¡A mí no me vas a ayudar vos! Yo voy a ir al juzgado".

Segura: "Le han hecho un mal".

Pregunto: "¿Qué persona le gustaría a Ud. que hiciera el tratamiento para sacarle el 'daño'?".

Segura: "La tía de él".

Elisa: "¿Saben cómo me hicieron el 'daño'? Con la sangre".

Ignacio: "Si es curandera, la curandera sabe del problema que tiene".

Elisa: "Yo no me voy a curar con ningún médico. El Señor me va a curar".

Ignacio dice que, de noche, levantándose de la cama, hay que orar y acordarse de Dios.

Segura: "También hay que obedecer y no tomar vino".

Insisto en que son las cosas que hay que ir hablando en San Martín de los Andes. "Propongo que prepare sus cositas y vamos yendo para allá".

Ignacio: "Hay muchos que dicen tener la verdad, pero hay que ver quién tiene la verdad. Engañando, no cumplieron con eso. Engañando no vamos a hacer negocio...".

La entrevista domiciliaria finalizó con el acuerdo de Ignacio de que iría, al otro día, a San Martín de los Andes, pues todavía tenía que juntar sus cosas y algunos animales.

Ignacio dice que si fuera por él, no la aceptaría a Elisa. Pero lo hace por esa devoción a Dios, porque hay que perdonar, tener fe, refiriéndose al abandono de Elisa cuando se fue con la otra pareja.

En el viaje de vuelta, Elisa dice que por primera vez lo había visto llorar a Ignacio y escuchar una amenaza de matarse. Que ella, en realidad, lo quería y que si él se mataba, ella también lo haría.

El sábado, y supongo que ante la ausencia de Ignacio, Elisa se descompensa.

Hubo que acompañarla en su pieza y contenerla permanentemente.

El domingo, sale a caminar acompañada de estudiantes.

A la noche, y mientras combinábamos turnos para seguirla acompañando en su crisis, llega Ignacio.

Se interna en la misma pieza que Elisa.

En la entrevista, reaparece el tema del "daño". Ignacio dice de consultar a doña Celestina. Callé sobre los rechazos. Al otro día, ambos lo sufren en carne propia.

Resuelven, pues, consultar a doña Pascuala.

Posteriormente, ella me comentó que los vio una vez en el hospital y dos veces en su casa, en la que "machitucó".[5]

Que Elisa tenía un "daño" grande desde que se casó, producido por los rezos del diablo y fotos con agujas, que a veces se entierran en los cementerios.

Se lo produjo una familia y ellos tenían que tratar de alejarse. Además, los ungió, para darles fuerza, con aceite de oliva y mirra. También quemó un sahumerio, mirra e incienso, todo complementado con un té de ruda, salvia y palque.

[5] La "machitucada" es la ceremonia de expulsión del mal que realiza el "machi", o sea el shamán tradicional, fundamentalmente a través de rogativas (oraciones), aunque se utilizan otros medios (hierbas medicinales, cantos, danzas y, antiguamente, el trance extático).

Scanned with CamScanner

"Mientras no recupere a su hija no va a aliviar su pena, pero sólo está en ellos recuperarla.

Tanto daño tenía Elisa que esa noche, después que la vi, no podía dormir; escuchaba permanentemente dos pájaros ('tué-tué'), y me oriné de miedo; sólo descansé cuando puse las tijeras en cruz".

Elisa fue mejorando progresivamente. Ignacio siempre está con ella. A pesar de las agresiones que solía sufrir.

La pareja dice haber decidido radicarse en Calquín.

Descartan la alternativa manicomial, a la que Ignacio se había referido al principio.

No obstante, Elisa sigue algo dispersa.

No acepta el trámite de pensión por invalidez porque "tardan mucho los papeles".

El 8/9 se combina el traslado de ambos a Calquín.

Ignacio estuvo internado con Elisa desde el 21/8.

El 9/9 voy a la casa de los padres de Ignacio, con Liliana (asistente social).

Tanto Ignacio como Elisa habían salido de visita,

Doña Segura no desea tener a Elisa en su casa.

En el camino, encontramos a la pareja que venía de la casa de los padres de Elisa.

Dicen que Ignacio volverá a la ciudad de Neuquén y Elisa se quedará con sus padres.

Es decir que cambiaron sus planes hechos en el hospital.

El 27/9 voy de nuevo al paraje. Ignacio viajó a Neuquén. Elisa mejoró mucho.

Sale, nuevamente, el tema del "daño" a partir de un "remolino de viento", según dice doña Segura.[6]

Esta última está viviendo en la casa nueva, en tanto su esposo, don Fermín, lo hace en la vieja.

Elisa va periódicamente al grupo de mujeres que se reúnen a tejer y conversar, en la escuela del paraje. En la misma escuela que había sido testigo de su crisis.

En otra visita realizada el mes siguiente al paraje, doña Casimira dice que Elisa andaba muy bien. Y que había resuelto viajar. Que si la veo, le diga que ella la está esperando.

Al tiempo, tengo noticias directas, ya que por casualidad veo a Ignacio en la estación terminal de ómnibus de la ciudad de Neuquén. Me dijo que estaba viviendo con Elisa, y que iban a ir al servicio de Salud Mental del Hospital de Neuquén, por consultorio. Que andaban bien.

Ante mi pregunta por Estela, expresa que la hermana que la cuidaba la había entregado, temporariamente, a una señora que vivía en Buenos Aires, y que estaban haciendo los trámites para que volviera.

Y que esta inquietud era la que los llevaba a la consulta.

Posteriormente, y en una reunión con un psiquiatra del Servicio repasando la historia, comprobó que a octubre de 1989 no habían ido nuevamente.

También discutimos acerca del enfoque global realizado.

[6] El "remolino de viento" es uno de los sitios en donde habitualmente se encuentra el mal.

Coincidimos en que el tema básico pasaba, en lo familiar, por la tenencia de Estela. Pero que dicha situación debería definirse por un exclusivo acuerdo de la pareja y que, en tal sentido, nuestra tarea sería la de apoyarlos desde tal definición.

Al tiempo, me encontré con Ignacio, otra vez en forma circunstancial, en Neuquén y quedamos en juntarnos al otro día para tomar unos mates en su rancho.

No concurrió a la cita. Luego intenté en vano ubicar la casa en los alrededores de Neuquén.

Lo concreto es que recién pude verlo nuevamente días antes de la navidad de 1989, en el paraje Calquín. Fue en la fiesta de la escuela del paraje. Y acordamos que a la tarde pasaría a tomar unos mates por la casa de sus padres.

Nuestra primera referencia fue sobre la muerte de don Fermín.

Decía doña Narcisa: "No quería atenderse antes de fallecer. Y, no pensaría... No dijo nada. Pero estaba hablando, caminando andaba, en su estado. Mi hijo estaba en la cama también. Perdía mucha sangre por la nariz. Estuvo dos días bien. Y falleció mi marido. Yo primero caí enferma pero... tenía por costumbre nunca agarrar la cama. Y esa tarde fui a darle mate. Costumbre que tenía yo. No pensaba que iba a pasar esto. Como siempre estaba tan grave y mejoraba... Pero esta vuelta no se compuso".

Y, al fin, obtengo una primera definición de Ignacio y Elisa acerca de su hija.

Dice Ignacio: "Estela ya es una chica grande. Cumple años ahora. Cuando fue con esa familia ya estaba criada. Tenía tres años. Yo trabajaba con esa señora, yo trabajé mucho tiempo y ella conversó conmigo que lo mejor era que la dejara a ella, que por donde ella andara me podía escribir. Estuve charlando sobre si Estela quedaba o no quedaba con esta familia. Con Elisa. Ella estaba de acuerdo también. Que se quede. Con la familia, porque piensa que Estela va a extrañar. Elisa está tranquila, no tiene más esas crisis. Pero no, no tomé contacto con la familia, no escribieron tampoco. Nosotros no estábamos estables".

También Ignacio me comenta sobre su nueva casa, en un barrio de Neuquén. Y que Elisa pronto vendría al paraje también para pasar todos juntos las fiestas de fin de año.

Entre tanto, seguía trabajando en una casa de departamentos, donde realizaba quehaceres domésticos.

Diagnóstico: fuentes de su formulación y razones que lo fundamentan

El problema de Elisa podría haberse definido, en el marco de la nosografía clásica, como "psicosis". Pero en un medio tan íntimo como el nuestro, este diagnóstico se convierte en un factor de señalamiento, cargado de valoración negativa. Por otra parte, es también cierto que no nos aporta ningún elemento significativo para ayudar a Elisa y a los suyos. Por el contrario, la utilización de tal diagnóstico crea dificultades adicionales a Elisa, al obligarla a retener para sí la carga de la patología, incluyendo sus beneficios secundarios. Superar tal carga, sobre todo en un contexto

Scanned with CamScanner

donde todos sus integrantes se relacionan tan estrechamente, implica por sí sólo un empleo tremendo de energía, digno de ser utilizado en forma más provechosa. Además, dicho diagnóstico puede usarse para que el grupo social al que pertenece Elisa evite la responsabilidad que le cabe: la "locura" del otro es una forma de deslindar la responsabilidad de cada uno.

Creemos que los diagnósticos son necesarios en tanto constituyen un instrumento técnico que permite poner en práctica enfoques terapéuticos, facilitando, al mismo tiempo, la comunicación del problema a todas las personas interesadas en él.

Pero hay diagnósticos más cercanos a los modos médicos de actuar, en tanto que hay otros que se acercan más a las modalidades locales, a las nuestras; estos últimos, incluyendo también el aspecto médico, buscan, además, la relación con las dimensiones que aquí desarrollaremos.

En tal sentido, podríamos hablar de "diagnósticos holistas", no solamente en cuanto intentan anudar las interrelaciones entre los diferentes ámbitos que se implican en la vida de una persona, creando una constelación peculiar para cada uno, sino que, también, se constituyen en una evaluación de los procedimientos técnicos y de los marcos institucionales que se ponen en juego al momento de intentar la ayuda para la superación de los problemas planteados.

Diagnóstico propio

Existe algo así como una *gradación diagnóstica*, en la cual se ponderan diferencialmente los distintos factores que se fueron incorporando en la formulación del diagnóstico.

Un enfoque integral tiene que ver con las posibilidades de plantear *hipótesis múltiples*, aunque *parciales y provisorias*, sobre la naturaleza y propiedad de los trastornos (mentales).

Entonces, se cuenta con un conjunto de factores que posiblemente inciden en la producción de las crisis; y se dispone, a la vez, de varios puntos de partida para la evaluación de los recursos terapéuticos.

Tener una visión más comprehensiva de la problemática involucrada no obliga a decidirse por algún conjunto de factores *en especial*, sino que exige la consideración de todos en la estimación diagnóstica y terapéutica.

El diagnóstico final es, en realidad, el resultado de un recorte que se fue haciendo a medida que fue avanzando el proceso que intentó dar respuesta a los problemas planteados por Elisa.

Puede decirse que se invirtió drásticamente el momento de su formulación "definitiva". Incluso, todavía pensamos que sólo es tentativo y que el decurso del tiempo nos proporcionará la medida de su corrección y la bondad de su amplitud.

Quizá deberíamos hacer un balance entre dos polos.

Si bien un diagnóstico psiquiátrico (o biomédico) es insuficiente, ya que disocia el problema enfatizando sólo algún aspecto en particular del universo implicado, no olvidamos que es un factor que da gran certidumbre al profesional que lo formula.

Por su lado, el que se intentó en el caso de Elisa nos lleva a correr el riesgo de la hipergeneralidad, impidiendo, a su tiempo, la posibilidad de ser operativos.

Este intento parte del hecho de que una situación determinada, sufrida también por una persona determinada, en un momento y espacio asimismo determinados, admite relaciones más o menos directas con una historia individual y grupal, con un entorno que, sin sobredeterminar, influye decisivamente en los actores que lo habitan.

No creemos, pues, en la unicausalidad de una situación; preferimos que los diagnósticos den cuenta, antes que nada, de vinculaciones.

El problema que se diagnostica está condicionado por una serie de factores que lo precedieron y que son coextensivos con él. Pero, sobre todo en el área social, es difícil, y de hecho arriesgado, indicar causas. Es menos pretencioso indagar sobre hechos, personas o situaciones que tengan que ver con la gestación del problema y con su posterior consideración.

En la formulación diagnóstica se pueden distinguir, al menos, dos dimensiones que, si bien estrechamente relacionadas, juegan papeles diferentes en el momento de dar cuenta de la situación por la que Elisa atravesaba, así como al delinear los pasos que luego fueron dados.

Hay, por un lado, una *dimensión fenoménica* que tiene que ver con lo directamente observable en el comportamiento y en la situación más general que presentaba Elisa.

Por otro lado, hay una dimensión más indirecta, una *dimensión profunda*, en donde empiezan a jugar en forma más definitoria las hipótesis del observador, teñidas de subjetividad, los marcos teóricos y las capacidades técnicas, buscando la complejización en la comprensión del problema y de las alternativas para su resolución.

Paralelamente, cada una de estas dimensiones reconoce diversas inserciones: la primera, se inserta en la *situación desencadenante* que acompaña a las manifestaciones observables iniciales de la crisis; la segunda, en una *matriz de sustentación* que tiene que ver con esta dimensión profunda pero que, al mismo tiempo, engloba a las dos; esta matriz implica lo que ha compuesto la historia de Elisa, en sentido amplio, hasta la aparición de la crisis y está atravesada por el conjunto de aspectos que pretendemos que formen parte del diagnóstico: familiar, grupal, social, cultural, político, etcétera.

Asimismo, creemos que también provee los recursos terapéuticos que permitieron, al menos en principio, algunas alternativas para Elisa y los suyos, hasta alcanzar un estado de equilibrio diferente al que precedió a su crisis.

En tal sentido, el término "equilibrio" se utiliza solamente como un auxilio metodológico para entender que el proceso vital presenta una dinámica que quita sentido a la búsqueda de estados o tiempos de estabilidad (¿inmovilismo?).

El concepto de "matriz de sustentación" no implica causalidad, sino que intenta delinear hipótesis sobre factores que, de una u otra forma, fueron destruyendo un estado existente —más allá de que éste fuera bueno o malo— sostenido hasta el momento de la manifestación de la crisis. Esta matriz, y todas las instancias que componen la situación, está atravesada *en forma peculiar para cada persona* por las dimensiones antes citadas. Por lo tanto, aquí se pone de manifiesto, aun más dramáticamente, la parcialidad de formulaciones diagnósticas estandarizadas. Esto significa que no podemos reproducir mecánicamente situaciones, aun cuando aparezcan rasgos similares. Creemos que lo inédito de cada una de ellas está dado

Scanned with CamScanner

por la singularidad que constituye la dimensión psicológica[7] de las personas y de su entorno, tanto inmediato como mediato.

Quizá tendríamos que hacer hincapié en el hecho de que el tema que nos ocupa es un *caso clínico* y que el énfasis puesto en la dimensión psicológica tiene que ver con ello.

En realidad, se trata de una cuestión de grados de pertinencia, sobre todo en lo que respecta a encarar un espectro que va desde las cuestiones más prácticas de la situación hasta lo que van a pasar a constituir sus formulaciones más globales (criterios de superación del problema, cuestiones filosóficas, éticas, etcétera).

De lo dicho se infiere que el recorte será diferente, en tanto diferentes sean los términos en que se plantee el problema que quiere abarcarse; por ejemplo, lo étnico, los modos productivos o cualquier otra cuestión no admitirían el planteo antedicho.

En síntesis, no pretendemos universalizar la perspectiva psicológica, ni cualquier otro aspecto del conocimiento.

Pensamos que la situación que desencadena la crisis de Elisa es la muerte fetal, ocasionada por el traumatismo abdominal sufrido y la rotura de membranas con su complicación (infección genital). Así, los aspectos biológicos se relacionan con la dimensión fenoménica. Este ejercicio de vinculación diagnóstica es común en el trabajo médico pero, en general, no da cuenta de otras áreas que aquí pretendemos comprender.

Desde un enfoque estrictamente psiquiátrico, aparece un cuadro con diferentes rasgos que podrían componer el diagnóstico clásico de "psicosis". Tomamos algunos de ellos que nos parece necesario tener en cuenta, sobre todo en lo que hace a una guía evolutiva: excitación psicomotriz, desorientación, delirio. Sin embargo, nos cuesta comunicar con estos términos habitualmente utilizados en el mundo médico. Es que toda nosología tiene, además de la descripción pertinente, un aspecto normativo que impregna la comunicación de dicha descripción y que no es posible eludir. El desafío consiste, entonces, en comunicar sin cerrarnos en prejuicios. Estamos intentando, ahora, llevar adelante una descripción de la crisis de Elisa en la que no jueguen, al menos tan definitivamente, dichos factores normativos.

Como dijimos, es difícil separar las diferentes áreas. Por ejemplo, ¿cómo no relacionar el aspecto de la "expulsión familiar" con el sociopolítico, en especial respecto de la tenencia de las tierras y de una economía de subsistencia en crisis? Sin embargo, para dar un orden un tanto arbitrario, seguiremos presentando la pertinencia diagnóstica de los diferentes factores por áreas. Aunque, al final, intentaremos presentar su interrelación.

Y, ¿por qué "familia expulsora"? Acá, como siempre, debemos tomar en cuenta al contexto. Una familia que entrega a una pariente a casi todos sus hijos a una edad temprana no configura el patrón clásico de la familia extensa rural (la familia de Ignacio también se caracteriza por la migración temprana de todos sus hijos). (Véase la nota 1 de "La incorporación de variables socioculturales en la atención de la salud (mental).)

En la familia extensa (convivencia de miembros de varias generaciones) los hijos son preciados no solamente por sus "aportes funcionales" como

[7] Coincidiendo con la formulación de Pichon-Rivière (1986) sobre los "objetos internos".

potencial fuerza de trabajo, tal como rezan algunas explicaciones de corte sociológico. Como nos dijo un agente sanitario rural de San Martín de los Andes, Abel Jofré: "Como no tienen nada propio, sus hijos son su única posesión". Es lo que dimos en llamar el "efecto restitutivo de los hijos". No obstante, la pobreza no hace concesión a los estilos culturales. Si bien, "la pobreza" como tal no podría considerarse, en sí misma, un diagnóstico médico, vale la pena, en estas circunstancias, indagar sobre las estrategias familiares que fueron ideadas y puestas en prácticas para hacerle frente con mayor o menor éxito. Es posible que allí encontremos un hilo conductor que, en el caso de la familia de Elisa, dé cuenta del hecho de la entrega de sus hermanos mayores a la tía paterna.

Doña Casimira nos dijo: "Para que estudiaran los chicos los llevamos. Se los dimos a ella (la tía Celestina)".

Pero, de ahí en más, ¿cuál es su repercusión en la dinámica de la interacción familiar? En tal sentido, no contamos con datos suficientes para sopesar factores psicológicos e interpersonales de los padres de Elisa que hubieran coadyuvado para tomar tal decisión. Sin embargo, es pertinente tomar en cuenta, como una alternativa posible, el significado psíquico y social que para Elisa ha tenido el hecho de la ausencia de los hermanos de la casa de los padres, cuestión muy unida a las propias ausencias del padre durante períodos muy largos. Importa considerar el significado psíquico, en cuanto a la calidad del vínculo establecido con la madre, pilar en la estructuración de la personalidad.[8] Este elemento histórico de la familia de origen de Elisa no puede dejar de relacionarse con lo actual; especialmente cuando estuvo en juego el antecedente de la propia Elisa respecto de su hija Estela. Y debe tomarse en cuenta el significado social respecto del sentido cultural que suelen tener los hijos en un medio rural que permite sostener la pauta de familia extensa en unidades domésticas de producción, advirtiendo la diferencia de la familia de Elisa (e Ignacio) con las restantes de la Agrupación.

Otro factor a considerar es la configuración de un modelo vincular de extrema exigencia para la mujer , dada la modalidad laboral de ocupación temporaria de los hombres en las estancias. Las mujeres quedan a cargo del piño (de ovejas), de la casa y de los hijos. El resultado es una muy escasa presencia real paterna, "los hombres se van".

Es interesante hacer notar que estamos frente a una combinación, por un lado, de formas de subsistencia entre modos productivos tradicionales, crianceros y, por otro lado, de la necesidad de insertarse, aunque sea débilmente, en los mercados de trabajo presentes en la zona (modo capitalista) como peón, puestero, etc. Esto implica un reacomodamiento que involucra a toda la familia para hacer frente a la demanda exigida por ambos tipos de actividades: el hombre debe pasar largo tiempo fuera de su casa y soportar, en carne propia, la suma de inequidades que implica el trabajo en las estancias; la mujer, tradicional compañera estrecha del hombre en todas las actividades que hacen a la dinámica familiar y grupal, también se ve lanzada, sola, a llevar adelante una serie de tareas que superan indudablemente su capacidad real.

[8] Esta perspectiva ha sido planteada por el psicoanálisis inglés, por ejemplo, a partir de la formulación de Winnicott (1972); también por teorías inspiradas parcialmente en el psicoanálisis, como la teoría del apego (Bowlby, 1983).

Scanned with CamScanner

Luego nos preguntamos sobre la repercusión de este panorama en el proyecto de vida de Elisa (deseos y posibilidades) en general y sobre su maternidad en especial, proyectos concretados en lo que no dudamos en calificar como un medio adverso.

Las dificultades de pareja de Elisa e Ignacio se expresan, al menos, en dos hechos recogidos como elementos diagnósticos, previos a la crisis actual de Elisa y que podrían, por sí mismos, establecer estadios previos: la agresión (Elisa, supuestamente, quema el rancho que tenía con Ignacio) y el establecimiento de una segunda pareja (con un policía), con el consiguiente abandono de Ignacio.

El tema de la violencia, familiar y de la pareja, nos pone, una vez más, en el conflicto: ¿es lo normal?, ¿es lo común?

Los criterios de normalidad y habitualidad han sido ya extensamente desarrollados y polemizados.[9]

La violencia es una realidad muy generalizada. De ella también forma parte el hijo muerto de Elisa, en 1984, en estadio perinatal, en el hospital de Junín de los Andes. En 1986 se reitera un episodio similar, con su carga de dolor, frustración y también culpa, aunque creemos que es conveniente remarcar que existen diferencias entre ambas muertes. En primer lugar, hay una diferente situación respecto del estado de la vinculación familiar: en el episodio de Neuquén (1986) la relación entre Elisa e Ignacio había sufrido un deterioro importante (quemazón del rancho, nuevas parejas). En segundo lugar, son diferentes los contextos en los que estos acontecimientos se producen: Junín de los Andes es mucho más cercano, cultural y geográficamente, que la ciudad de Neuquén (en el hospital de Junín de los Andes, por ejemplo, no hay ascensores); a la crisis de la migración se suma el dolor de la segunda muerte.

De la misma violencia también forma parte, con otros matices, la confusión de la identidad de Elisa cuando ingresa por primera vez al hospital de San Martín de los Andes (noviembre de 1986). Existe un viejo adagio que dice que las dificultades de los pacientes se transmiten a los terapeutas. En tal oportunidad, Elisa dice llamarse María. Apela a su primer nombre, pocas veces usado. Introduce confusión tanto en sus familiares del campo como en el propio equipo tratante, al no poder distinguirla, en primera instancia, de una hermana suya, María Elida, que había protagonizado años antes un intento de suicidio. La confusión finalmente se aclara cuando Elisa se pone en contacto personal con los suyos.[10] Pero no puede dejar de reconocerse que tal confusión va a verse reflejada en un patrón de ambigüedad que se da entre Elisa y sus familiares a partir de su primer

[9] F. Basaglia, *La institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico*, Barcelona, Barral Editores, 1972 (1ª edición en italiano, 1968); G. Canguilhem, *Lo normal y lo patológico*, México, Siglo XXI, 7ª edición, 1986 (1ª edición en inglés, 1966); Henry Ey, *En defensa de la psiquiatría*, Buenos Aires, Huemul, 1979 (1ª edición en francés, 1977); H.J. Eysenck, *La rata o el diván*, Madrid, Alianza editorial, 1979; M. Foucault, *Microfísica del poder*, Madrid, Ediciones de la Piqueta, 1979; A. Servantic y colab., *Lo normal y lo patológico*, Madrid, Editorial Fundamentos, 1972; Thomas Szasz, *Ideología y enfermedad mental*, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1976 (1ª edición en inglés, 1970); John Watson, *El conductismo*, Buenos Aires, Paidós, 1976.

[10] Posteriormente, Elisa nos dice que su documento de identidad se había quemado junto con la casa de Neuquén.

ingreso al hospital de San Martín de los Andes.[11] Y no podemos omitir que en este patrón de ambigüedad la identidad grupal también está cuestionada: los "hombres de la tierra" sin tierra, en el asfalto.

Lo institucional

Aquí nos referimos a la relación de Elisa con los equipos de salud: al trato que le brindaron la institución médica oficial y popular así como al impacto que sobre ellas produce la crisis de Elisa.

Hacemos comenzar el proceso, un poco arbitrariamente, con la muerte de sus hijos en Junín de los Andes y Neuquén.

En 1986, en Neuquén, pasa a ser de internada obstétrica a psiquiátrica.

En el Servicio de Salud Mental del hospital de Neuquén se la trata de acuerdo con las posibilidades existentes: medicación y abordaje individual, porque Ignacio está poco presente; adicionalmente, una asistente social hace un enfoque domiciliario. Elisa sufre un abrupto cambio de status dentro de la institución, pero también fuera de ella. Aparecen fugas, miedos, reiteración de la violencia (peleas con otros pacientes, enfermeras y médicos). Del abordaje que se hace en Neuquén surge la opción de buscar alivio para Elisa mediante su reincorporación al medio de origen: Calquín.

Ya en San Martín de los Andes (que es el hospital de cabecera de la zona y sede del equipo zonal de Salud Mental), la historia se repite, aunque evoluciona favorablemente en el curso de dos semanas. Pero el miedo está presente y no tan sólo en Elisa: los médicos exigen "medicación planchante", "porque no sé qué voy a hacer con ella durante mi guardia"; las enfermeras procuran, por diversos medios, que Elisa no entre en las otras salas; las madres de los niños internados se muestran enojadas "porque éste no es un hospital para locos"; las mucamas están irritadas por la suciedad y dejadez "de la paciente de la cama once". También hay una cuota de miedo fundado —"¿cómo voy a ayudarla si no estoy capacitado para hacerlo?"— por parte de todos, o en el caso de las madres —"que no se acerque a mi hijo porque lo puede lastimar"—, y así de seguido.

Pero éste es sólo un aspecto de la realidad: porque también aparece la enfermera que le enseña a bordar y la mucama que, como sin querer, da a Elisa una porción de comida un poco más abundante. Es también la trama institucional la que facilita el abordaje familiar, tanto en San Martín de los Andes como en Calquín, incluyendo la preparación en terreno de la primera visita de Elisa a su lugar de origen, después de las internaciones.

Otro elemento fundamental del enfoque es el trabajo conjunto con la medicina popular, factor cuya presencia no necesita de la aceptación por parte de los miembros del equipo oficial de salud.[12] Doña Celestina, durante la primera internación de Elisa en San Martín de los Andes, logra combinar ambos roles, tía y curadora popular, con una llamativa flexibilidad. A partir de allí, se van integrando otros diagnósticos tales como "debilidad", "muy nerviosa", "medio arisca", "trastorno", "salía, se iba. Sabía estar sola, se

[11] No conocemos la situación previa.

[12] En general, como ya planteamos, ésta es una decisión que desconoce el equipo oficial de salud.

Scanned with CamScanner

perdía", "tristeza" y también "locura".

Estos diagnósticos son también, en parte, los que hicieron los pobladores de su paraje. Después, se expresa el diagnóstico de "daño", aunque formulado por otras curadoras populares que comienzan a participar a medida que la tía va alejándose. "Daño", diagnóstico fuerte si lo hay.[13]

Desde nuestra perspectiva, los vínculos familiares constituyen una buena parte del sustento del abordaje. En tal sentido, el primer acuerdo en esa dirección se hace con la tía; y será intensificado con la incorporación de la forma de hospital de noche. Lo cierto es que Elisa mejora de su crisis con el contacto cotidiano en la casa de su tía; mejora al menos en lo sintomatológico.[14]

Dos semanas después de su llegada a San Martín de los Andes, Elisa es aceptada por sus suegros. Acá también la costumbre: "¿cómo va a volver si ya ha tenido marido?", dijo la madre.[15]

Antes, se había realizado una visita a la madre de Elisa, para ir evaluando las posibilidades que tenía la hija en su lugar de origen; esta visita se realiza con el apoyo de la "médica" del paraje, doña Manse, apoyo expresamente solicitado por el médico. Como no había una demanda familiar al respecto, doña Manse (¡otra vez la flexibilidad!) decide acompañar al médico pero, a la vez, no importunar a la familia; así, en principio, participa como vecina y no como curadora popular. Esta actitud difiere del estilo habitual de la medicina oficial: doña Manse accede a apoyar al médico en función de una historia común de vínculos previos, pero no se impone ella misma como curadora.

No obstante, en oportunidad del diálogo con la madre de Elisa, realiza una serie de señalamientos que son fundamentales en cuanto tienden a enriquecer el punto de visita de doña Casimira.

Cabe indicar que hubo un encuentro entre doña Manse y doña Celestina, en casa de la primera, en donde, luego de saludarse (se conocían bastante "de mentas"), decidieron que doña Celestina se haría cargo de Elisa y de su familia.

En las entrevistas que luego conducirá doña Celestina, van surgiendo tanto las necesidades como las posibilidades, con una consideración acerca de lo que es salud, a partir de una serie de áreas que incluyen lo biológico, lo relacional, lo vincular y que tienden, como resultado, a una concepción más amplia que la de la medicina blanca. Hay un énfasis especial en los aspectos cualitativos y una tendencia clara a la integralización.

La religión

La curación popular, tal como la entiende doña Celestina, está muy ligada a la religión tradicional mapuche. En tal sentido, el "daño" y el pájaro

[13] Las curadoras populares que participan, luego de la tía, son: una rural/suburbana durante la segunda internación de Elisa en San Martín de los Andes; la otra, rural, en el propio paraje de Elisa.

[14] Aquí, podríamos arriesgar la hipótesis según la cual, finalmente, Elisa cumple con el mandato familiar de ser enviada a la casa de la tía Celestina.

[15] Conviene relativizar este primer rechazo, dado el hábito cultural presente. Ante las circunstancias, después de la segunda internación, Elisa se reintegra a la casa de su infancia.

negro de mal agüero ("tué-tué") son elementos propios de dicha concepción.

Pero, por otro lado, está presente una adscripción urbana de Elisa e Ignacio a un grupo evangélico, expresada, por ejemplo, en el cartel que tenía el árbol posteriormente derribado por Ignacio.

Lo sociopolítico y lo étnico

Lo que se plantea en primer lugar es la expulsión de la tierra, el camino que siguen Elisa e Ignacio y tantos otros, de esa tierra de los antiguos que dejó de ser de "la gente de la tierra" (mapuche).

La Agrupación tiene, actualmente, una tenencia precaria de la tierra, como "fiscaleros", es decir como ocupantes de tierras fiscales y, por ende, sin título de propiedad.[16]

Esa tierra es ahora una tierra que las alambradas fueron dejando sin agua, que sólo permite la cría de chivos; es una tierra de heladas y nevazones de invierno, rodeada por las estancias, una tierra de medieros, —porque tampoco las chivas son de los "hombres de la tierra"—; una tierra que exige trabajar temporariamente en las estancias, lo que hace que los jóvenes se vayan. La migración crea pobreza en el que queda pero también en el que se va, porque se despega de vínculos y afectos.

A esto se agrega la dificultad para desenvolverse en un medio competitivo, tan alejado de la solidaridad original.[17]

Lo étnico tiene que ver también con los contrastes: la música a todo volumen en vez del "tayil",[18] la soledad de la muchedumbre, la falta de álamos.

Compatibilizaciones y discrepancias entre los diferentes diagnósticos

Dentro del equipo oficial existieron diferencias técnicas entre el enfoque del hospital de Neuquén y el de San Martín de los Andes. Creemos que son lo suficientemente explícitas como para no tener que ahondar en ellas: el primero se ubicó en un criterio predominante biomédico, en tanto que el segundo tiende a incorporar la perspectiva popular a partir de sus propios efectores, así como las variables culturales. No creemos que estas diferencias sean antitéticas, sino más bien complementarias. Desde luego, en el contexto de San Martín de los Andes, como en el del paraje, el enfoque biomédico es necesario pero insuficiente.

Ambos puntos de vista oficiales hicieron hincapié en los vínculos, aunque de distinta forma.

Insistimos, no obstante, en que fue la definición de la situación en el hospital de Neuquén la que posibilitó el traslado de Elisa a su zona de origen.

[16] Vicente Palermo, *Neuquén: la creación de una sociedad*, Buenos Aires, Centro Editor de América Latina, 1988.

[17] Solidaridad que antiguamente se expresaba, sobre todo, entre los individuos que pertenecían al mismo linaje. En tal sentido, la familia extensa se veía ampliada por la práctica de la poligamia.

[18] El "tayil" es un canto sagrado sin acompañamiento instrumental (Casamiquela, comunicación personal).

Scanned with CamScanner

Por su lado, los déficits institucionales fueron parecidos.

Respecto de las perspectivas locales (oficial y popular), creemos que es difícil establecer equivalencias entre modalidades tan diversas.

El núcleo principal de compatibilización, que existió en una medida importante, se dio en torno a los lazos establecidos entre los diferentes actores incluyendo, centralmente, a los prestadores.

No obstante, pueden indicarse algunas cuestiones de diferencias, en virtud de la capacidad globalizadora de cada uno. La referencia al "daño" nos está informando acerca de un mal causado por alguien que actúa por envidia. Pero una de las curadoras habló también de "debilidad"; y esto acercó la patología al terreno que, desde el punto de vista del equipo oficial, es "más concreto", en tanto la "debilidad" tiene que ver con etiologías generadas por el hábitat o la alimentación. Asimismo, todas las curadoras que intervinieron arriman el diagnóstico de "trastorno", el cual se ubica en una dimensión claramente fenoménica. Este diagnóstico es compartido por la familia y aun por la institución oficial paramédica.

Por su lado, el diagnóstico del equipo local contempla tanto los diagnósticos que provienen de la ciudad de Neuquén como los familiares, comunitarios e institucionales y el de la medicina popular. Pero, al mismo tiempo, en función de esta globalidad, difiere de todos y cada uno de ellos: el médico, por ejemplo, *no* diagnostica "daño", pero toma en cuenta a quien sí lo hace; asimismo, se permite considerar cuestiones que ninguno de los otros diagnósticos recupera, dando cuenta, en lo posible, de aspectos más estructurales.

Hemos intentado algunas aproximaciones diagnósticas a partir de la consideración de parte de las diversas áreas que creemos componen (o deberían componer) un enfoque integral. No obstante, en términos generales, esta presentación adolece todavía de una fuerte disociación; la realidad es mucho más que esto y hemos querido acercarnos a ella (o, en realidad, estar menos alejados).

Se ha buscado que el punto de vista biomédico esté estrechamente aliado con aspectos vinculares: violencia familiar, dificultades de pareja, etcétera. Pero, ¿hasta qué punto pueden darse (o no) estas alternativas en un determinado entorno institucional que de algún modo facilita y sostiene ese punto de vista?

Acá, nuevamente, no existe el "todo o nada", en ningún aspecto.

Si hacemos lecturas parciales, al modo en que lo hace el estilo médico clásico, predominan las dificultades. Lo cierto es que, desde lo estrictamente físico, existió la fortaleza para superar la infección; pero también existió la potencialidad psicológica para definir favorablemente la crisis y la ayuda de la familia (por supuesto, con altibajos) para apoyar la recuperación.

Saliendo del recorte individual, podríamos hablar de los problemas y de las alternativas de la pareja, de la familia y de la comunidad; y, desde lo institucional, del miedo de algunos de sus integrantes, de la descalificación y el prejuicio. Las dificultades se expresaron de muchas maneras pero también la ayuda, la comprensión, la contención, tanto desde la institución oficial como de la popular.

Y es por demás representativo que el mismo lugar que fuera escenario (y víctima) de la furia de Elisa, sea el marco donde ella es recibida por el conjunto de las mujeres del paraje que le enseñan a "costurar".

Esta perspectiva que oscila entre las necesidades y las posibilidades,

individuales y de las otras, entre el "daño" y la "psicosis", tiene, sin embargo, la impronta del universo microestructural, que se expresa en la intensidad de lo inmediato y que debe restringir las implicaciones de la globalidad.

Y aquí, necesariamente, volvemos a la cuestión de la "expulsión".

La tierra que dio la identidad a "los antiguos" ya no es la misma tierra de los actuales. En tal sentido, el continuo proceso de expoliación que se viene dando, y que implica un deterioro gradual, exige la necesidad de adecuación a la realidad de los tiempos actuales.

Así, la tierra de "los antiguos" comienza a ser sólo la tierra de los ancianos y los niños, por el tiempo que demoran en llegar las alambradas o por el tiempo en que se produzca, aunque sea parcialmente, la restitución a sus dueños originales.[19]

La incorporación de la dimensión sociocultural en la atención de la salud (mental)

Nos interesa mostrar acá la necesidad de replantear las modalidades de intervención en crisis, en cuanto a estrategias y objetivos, lo que impone no sólo una redefinición de los criterios teórico-técnicos sino también, y quizá sea lo más importante, una renovación de los fundamentos filosóficos y sociales que orientan las acciones de los curadores.

Para ello, hemos ideado una serie de categorías que dan una modelización del panorama que queremos presentar, con el fin de hacerlo comunicable.

Al mismo tiempo, somos conscientes de que esta sistematización no ha podido evitar factores evaluativos, propios de toda interpretación del mundo social y cultural, pero no hallamos otro camino para poder dar cuenta, por un lado, de la versatilidad de una realidad muy matizada y, por otro, de la dimensión del profundo conflicto que encierra.

Queremos indicar que tales categorías han tomado cuerpo, y cobran su sentido, después de un intenso acercamiento afectivo y un trabajo en común con estas familias, que no es ni más ni menos que una construcción social en todos sus términos.

Es con esta convicción que incursionamos en un universo que progresivamente va dejando de ser ajeno.

Perfil biográfico

Elisa e Ignacio viven solos en Neuquén. Ni siquiera con su hija Estela. No obstante, funcionalmente siguen siendo una familia extensa en situaciones de crisis. Elisa es refugiada (y se refugia) en las propias crisis o, en el momento de la recuperación, en la casa de sus suegros, como corresponde a la modalidad patrilocal existente, modalidad que no es seguida formalmente por ninguna de las dos familias de origen de la pareja.[20]

[19] Durante la redacción final de este trabajo se produjo la restitución de las tierras de la Agrupación Currihuinca, en San Martín de los Andes.

[20] Las pautas que rigen la conformación organizativa de la familia, que en nuestro

Scanned with CamScanner

"—Cuántos hijos ha tenido Ud.?

—Tres.

—Tres hijos en total. ¿Quiénes fueron? ¿Elisa, Elida y quién más?

—Y ¿quién es el otro?

—Un hijo que se fue hace muchos años a Río Colorado, es el mayor, Demófilo.

—Ese está en Río Colorado. ¿Hay algún otro muchacho que haya estado en lo de doña Celestina?

—Sí, están los dos muchachos ahí. Uno se llama Juan y el otro Francisco.

—Juan está encargado en un hotel por cinco años, está contratado.

—El otro también trabaja en un hotel en San Martín (de los Andes).

—¿Y lo encontró bien?

—Sí, en invierno estuve con él".[21]

¿Podría decirse que esta familia es tempranamente expulsora de sus hijos? Y, ¿en qué sentido? Una familia extensa requiere de insumos que el medio, Calquín, no permite. Entonces, ¿es así realmente? ¿De qué modo una tierra exhausta puede alimentar a todos? Entonces, ¿para qué los hijos? Queremos evitar reduccionismos; por eso, debemos, al menos, cuestionarnos las posibles respuestas inmediatas. Y observar, observar mucho, para equivocarnos menos.[22]

---

medio se reducen a dos —nuclear y extensa—, fueron objeto de estudio desde los puntos de vista económico y psicosocial. Respecto del primero de ellos, se ha planteado a la unidad doméstica de producción, co-residencial, que se establece por parentesco —siendo, por lo tanto, una red social (Rabey, comunicación personal)— como criterio de pertinencia en la definición de la "familia extensa" distinguiéndose por dichas razones de la nuclear. Desde el segundo punto de vista se ha sostenido que, mientras la organización familiar extensa prioriza la seguridad de sus miembros en tanto red social hasta cierto punto autocontenida, la nuclear tiende a impulsar la salida, más o menos temprana, de sus miembros, enfatizando, así, la independencia (a costa de la seguridad).

Este es un tema realmente vasto que no podemos plantear aquí como se debe. Por ahora, baste decir que "seguridad" e "independencia" son conceptos, al menos, ambiguos y, en alguna medida, no excluyentes entre sí. (Se puede vivir fuera de la unidad familiar de residencia y ser psicológicamente dependiente de su red social, por ejemplo.) Entonces, no serían útiles a la hora de dictar criterios clasificatorios. La co-residencialidad no sería lo que fija el grado de independencia/dependencia psico-afectiva.

En el caso particular de las familias de la reserva podría hacerse una distinción entre *patrones formales y funcionales* de organización.

Muchas veces el criterio de co-residencialidad se hace elástico, de tal forma que abarca espacios sólo formalmente "fuera" de la reserva (como en el caso de la tía de Elisa). La configuración nuclear de la familia (por ejemplo, en la situación de Elisa e Ignacio en Neuquén, o de las respectivas parejas de padres) sería, entonces, sólo formal, de hecho, funciona como extensa. Pero, en tal caso, habría *que redefinir el* concepto de "unidad doméstica de producción". Cfr. Archetti, Stölen, 1975.

[21] Este diálogo, como tantos otros, muestra las dificultades que, en general, enfrenta el equipo oficial de salud para acceder a un cuadro más o menos completo, y fiable, de las personas y las familias. Obviamente, esto no podría adjudicarse *sólo* a "formas de ser" de la gente o a diferentes estilos de comunicación. (Véase el capítulo VI.)

[22] Este tema es tratado, también, en el apartado sobre "Diagnóstico: fuentes de su formulación y razones que lo fundamentan".

Con este ítem queremos significar que las familias tienen sus propias modalidades de dar realidad a su mundo. Obviamente, existirán formas compartidas con el grupo social más amplio las cuales involucran, también, elementos de la sociedad "huinca" (blanca). Sin embargo, pensamos que cada familia, como también cada persona, se reserva un espacio de creatividad, y por ende, de innovación en la organización simbólica de su entorno. A partir de allí, interpreta y actúa.

En el caso de las familias de Elisa e Ignacio, como en tantos otros que viven en condiciones similares, parece ponerse a prueba la capacidad de dar contenido simbólico a los imprevistos que se van sumando casi cotidianamente a su realidad.

En tal sentido, pensamos que se gestan procesos cognoscitivos que no siempre apelan a las categorías conceptuales ya establecidas y en vigencia. Aparece la exigencia de formular otras nuevas con el fin de "apropiarse" de las contingencias que se van sucediendo.

La flexibilidad de los límites simbólicos[23] permite la reformulación (renovación) de los significados culturales. No obstante, se genera tensión cuando este proceso no va acompañado, al menos con igual ritmo, de cambios correlativos en las condiciones materiales de vida (tecnológicos, políticos, institucionales), correlato nada fácil que involucra, centralmente, el área de la salud y la salud mental.[24]

Creemos que el par dialéctico alrededor del cual se vertebra esta dinámica que intentamos mostrar es el de "continuidad/cambio", foco de conflictos, de situaciones indefinidas, de espacios ambiguos, de tiempos inciertos, pero también de reafirmación de una transformación lenta, fatigosa, y muchas veces imperceptible. Digamos que se trata de un par dialéctico y no de un dilema. Por eso, no alcanza con mostrarlo ni con tomar partido por uno o por otro de los términos que lo componen.

El tema que aquí se plantea es el de indagar, en primer lugar, sobre los contenidos de cada elemento del par y, luego, conocer la contribución más general que cada uno de ellos ofrece a la dinámica del conflicto y los términos, provisorios, con que se intenta resolver.

Es por ello que, para abordar determinados aspectos, nuestra descripción incluirá, a veces, propiedades que aparentan ser antagónicas.

Pero hemos de tener cuidado de no confundir estas propiedades, que pertenecen a nuestro propio universo conceptual y, por lo tanto, a nuestro estilo de comprensión, con los elementos constitutivos de la construcción del mundo de las familias aquí presentadas (algo así como creer que el nombre de un objeto y el objeto nombrado son la misma cosa).

Los indicadores que hemos elegido son:

a) factores que componen el mundo;

b) estimación y

c) posición frente a él.

---

[23] M. Sahlins, *Islas de historia*, Madrid, Gedisa, 1988, pág. 13.

[24] Es, justamente, en este aspecto en donde, según creemos, se han producido cambios relevantes. Asimismo, si bien se trataría de una cuestión restringida, es representativa.

Scanned with CamScanner

Desde ya, no se trata de un mundo homogéneo; antes bien, estamos frente a un universo sumamente estratificado y de múltiples superposiciones. Por eso, cada uno de los factores que se señalan a continuación cumplen sólo un papel indicativo.

a) Factores que componen el mundo

Se trata, predominantemente, de un universo rural en donde la familia extensa se comporta, a la vez, como unidad productiva. El factor clave de la producción es la cría de lanares, actividad que se complementa con trabajo temporario en las estancias, en general como peón en la época de esquila.

Calquín es un paraje escasamente poblado,[25] lo que contribuye a configurar una idea peculiar de las distancias, así como lo es la de los tiempos, regidos por la naturaleza y los ciclos ganaderos.

"—La pastilla, ¿cuándo se la va dar?
—Cuando va bajando el sol".
"—¿Hizo los trámites para jubilarse?
—Mire, los hizo pero todavía le falta. En cuatro años le van a contestar".

Calquín está ubicado entre dos poblaciones: Junín de los Andes y Zapala, aunque esta última tenga más importancia para el paraje. Hay una ruta pavimentada que las une y que también conecta con la ciudad de Neuquén. Hay una escuela. Se da mucho el trueque, especialmente en el intercambio de cueros y lana. Hay poca actividad agrícola, sobre todo por la falta de agua. La producción artesanal es escasa: algo de hilado y la confección de algunas matras, fajas, peleras tejidas. El comercio es limitado: algún despacho de bebidas que oficia de lugar de reunión a la nochecita y, sobre todo, los domingos. Se practica la rogativa anual ("nguillatún") en la cual la agrupación se junta con la de Namuncurá, distante unos kilómetros.

Los comerciantes ambulantes truecan cueros, lana, hilo y alguna artesanía por los llamados "vicios" (harina, yerba, azúcar, vino).

La migración y la realidad del mundo suburbano irrumpen en este panorama, modificando estos rasgos, como tantos otros.[26]

La familia extensa se desagrega: la actividad productiva pasa a ser, en general, de servicios en calidad de asalariado, cambiando sustancialmente la naturaleza misma del trabajo, cuando no se inserta en el mercado del cuentapropismo.

Ignacio, en el suburbano, vende diarios. En cuanto a Elisa, el trabajo de la casa también es otro, no sólo respecto de las actividades a desempeñar sino también a las condiciones en que se hacen: manejo de dinero en vez de trueque, cantidad y diversidad de opciones presentes y, al mismo

[25] Véase el Anexo 2 sobre el Departamento de Catan-Lil, 1986. Además, a pesar de la alta tasa de natalidad, la población de Calquín no ha aumentado, aspecto intimamente vinculado con la migración de los jóvenes (antes que con el índice, bajo, de mortalidad infantil).
[26] V. Palermo, *op. cit.*

tiempo, restricción en cuanto a las posibilidades de acceso, etcétera.

Ambos, en la ciudad de Neuquén, frecuentan el culto evangélico. Observamos una sutil incorporación de contenidos de dicho culto en su cotidianeidad, aunque sin perder la raíz de la religión original.

Nuestro par dialéctico se conformaría, en este punto, aproximadamente así:

Mundo rural	*Mundo suburbano*
Familia extensa (como unidad doméstica)	Familia nuclear
Producción (crianceros y artesanal)	Servicios (asalariados)
No hay excedentes	
No hay dinero	Manejo de (poco) dinero
Religión indígena mapuche	Presencia de la religión evangélica

b) Estimación del mundo

Con ello queremos indicar los estilos con que se perciben los mundos y con que se hacen las evaluaciones correspondientes.

El orden valorativo es coextensivo con el fáctico.

Tales estimaciones toman cuerpo en las prácticas sociales, las cuales, junto con nuevas estimaciones, van dando lugar a nuevas construcciones, al tiempo que otras se desactualizan.

Mundo tradicional	*Mundo moderno*
Vigencia de la medicina indígena	Incorporación de tecnología sanitaria oficial
Trueque (entregando lana y cueros a vendedores ambulantes)	Compra a comerciantes urbanos Trabajo a destajo (venta de diarios)
Los viejos hablan "la lengua" ("mapudungun")	Los jóvenes evitan hablar en mapuche
Tiempo de reunión en rogativas, en boliche los domingos y en "nguillatún"	La visita médica programada es usada como convocadora social
	Modos de articulación entre sistemas de salud.

"Es la responsabilidad de cada matrimonio. Porque, si se juntó o se casó, el hombre tiene que enfrentar todas las situaciones que se le presentan; porque para eso es el esposo. No dejarla ahí, así no se puede".

Scanned with CamScanner

La norma es dictada por "los antiguos".

Mundo en crisis

Muerte de chivas por inclemencias climáticas

Las tierras de "los antiguos" que no son propias.
Tenencia precaria de tierras fiscales

Los jóvenes se van (migración)

Las funciones del cacique y de las instituciones de la tribu son reemplazadas por las instituciones del blanco (juez, policía, maestros); el cacique comparte una cuota de autoridad con la Comisión Directiva de la Agrupación (segundo jefe, secretario, tesorero)

Mundo en transición

Incorporación de la religión evangélica

La curadora tradicional se opera en el hospital
"—Acá estaba lo más bien. Ella siempre decía que el pueblo era mejor.
—Yo les había dicho que no se fueran.
—El estaba poco animado de ir.
—Sí, él no quería ir, pero ella le dijo:, ¡vamos!"

"—¿Cuántos hijos tuvieron ustedes?
—Nueve: cuatros varones y cinco mujeres.
—¿Todos se fueron?
—Todos están distribuidos. Todos casi en Neuquén. Uno está un poquito más acá... Está en Mendoza.
—Ese ya no se acuerda, ya no ha venido...".

Mundo estático

"—Antes habia pasto acá, ¿no?
—Sí.
—Así me decían. Y ahora está todo comido el pasto. ¿Por qué será?
—Y... las chivas".
"—Entonces, su idea es hablar con este hombre, a ver si se queda en la casa de él o acá.
—Acá no la puedo tener porque ya ha tenido marido".

Mundo cambiante

Ignacio y Elisa migran. Conocen Neuquén. Diseñan formas posibles de vida y sufren las consecuencias de los procesos que emprendieron.
Las familias de Ignacio y Elisa aceptan la oportunidad de un abordaje conjunto que implica una fuerte transformación de su cosmovisión en el campo de la salud.
El padre de Elisa trabaja, por un salario, en una estancia.
El hijo de la curadora tradicional, rural, es agente sanitario.

c) Posición frente al mundo

Resignación

"—Ud... ¿qué le anda pasando?
—Nada, que las piernas, me duelen las rodillas, tanto caminar será, digo yo... A veces no puedo caminar.
—¿No me diga? ¿Eso es por el reumatismo?
—No sé.
—¿Y se está haciendo algún tratamiento?
—No".

(Padres de Ignacio)

(Todo está bien tal como está)

"—¿Qué opina de todo lo que pasó?
—Y...
—Por la nietita (Estela), Uds. ¿están preocupados o no?
—¡Ah!
—Y, de Elisa, ¿qué opina don Marileo?
—Y, no sé, yo no la he visto.
—Debe ser que hace poquitos días vino del trabajo".

Acción

El hacer cotidiano de las familias en la reproducción de sus condiciones materiales de vida.
El brindar parte de los recursos terapéuticos a Elisa.
"—Que me jode el várice también...
—Las várices nosotros en el hospital las operamos.
—Pero me he mejorado con yuyos...
—Ah... con yuyos mejoró... bueno.
—Mucho tiempo anduve bien".
(Padres de Ignacio)

Scanned with CamScanner

Violencia/resistencia (como forma de confirmación de identidades)

Muerte del segundo y tercer hijo de Elisa. Ida de los hermanos. La hermana, Elida, se intenta degollar. No le permiten casarse. Quema su casa. Roba frazadas y rompe papeles. Fugas. Peleas con pacientes. Rotulación como psicótica. Miedo a tenerla en casa (en un primer momento, la tía y la madre).

Quite de tierras. Aislamiento. Marginalidad.

Emergencia de la crisis como elemento de búsqueda, a veces violenta, de todo un grupo como afirmación (o redefinición) de la identidad.

El autoobservarse en una situación de marginalidad: "Antes todo era mejor". "Éramos los dueños de la tierra hasta que vino el blanco".

El crecimiento notable de las estancias de unos pocos "huincas", a costa de las posibilidades del común, es decir comunitarias, reflejada en el corrimiento de las alambradas.

Tierra quitada no sólo como medio de producción sino como fuente de identidad. El que un mapuche deba emigrar, por falta de quién sabe qué cosa, incluyendo la tierra, provoca conmoción de la identidad y confunde, incluso, al otro.

Solidaridad

"Una persona que está así tiene que tener ayuda de la familia. Amigo, amiga, que la ayude, hablarle, no dejarla que ella esté así, como si estuviera totalmente sola". (Doña Celestina, tía de Elisa).

"Claro, ayudarle, traerla, como tiene que ser en una familia. Una familia del campo, imagínese que uno también vivió en el campo, y sabe lo que es la vida de campo. Uno se reúne, como ahora, a tomar mate todos juntos y eso significa mucho".

"Entre familias hay que saberse entender. El respeto, la colaboración..."

"Si Ud. se queda acá, que se quede y que Ud. la visite y que ella la visite a Ud. también, porque necesita mucho de la madre". (Suegra de Elisa).

En la misma escuela donde Elisa destruye los vidrios y el único aparato de radio del paraje, es recibida, más tarde, por el grupo de mujeres que se junta a coser y le empieza a enseñar.

A pesar de no haber sido aceptada como curadora por la familia de Elisa, doña Manse, a propuesta del médico y en un primer momento, ayuda a Elisa al ser dada de alta del hospital de San Martín de los Andes. También después de reintegrada al paraje.

Información

Continuidad

En cuanto a la vigencia de la información "boca a boca" (pauta oral).

En cuanto a su calidad en relación con las formas de subsistencia adecuadas a las características del paraje.

Cambio

Hay accesibilidad orientada a cierto tipo de información que se evalúa necesaria. Por ejemplo, qué cantidad de chivos se necesita para adquirir una cocina económica. Su valor en australes es irrelevante pues no se maneja dinero.

Ignacio vive en Neuquén de la venta de información escrita. Pero no parece transmitir esta pauta, o ella no es aceptada en el espacio familiar. O, al menos, esto no se patentiza en las prácticas cotidianas.

Tanto Elisa como Ignacio son interlocutores de dos estilos de diálogo (rural y urbano) muy diferentes.

La vida en las reservas (Agrupaciones) indígenas: una conceptualización de su universo cultural.

"—Y, ¿el marido?
—Yo no sé nada.
—La abandonó.
—Seguramente. Allá no me avisaron, y yo no sabía que estaba ahí.
—¡Ah! ¿Está en la casa?
—Sí, está en la casa.
—¿Ella tiene a la nena?
—Sí, tiene a la nena.
—Y, ¿está acá?
—La debe tener ahí".
"—¿Era varoncito?
—Sí.
—Y, ¿cómo se llamaba?
—No me acuerdo.
—Y, ¿ahora está contenta de tenerla a Elisa?
—Sí, yo no pensaba tenerla".
(Hasta que no se bautizan, los niños no suelen ser llamados por el nombre elegido, a fin de prevenir el "daño").

En el diálogo, nos llama la atención el contraste entre la aparente falta de interés por el destino y bienestar de los hijos que se fueron y un mundo de minuciosa observación de la naturaleza, de sus ciclos y de sus inclemencias; primero, por el valor inestimable que representan los hijos —en general y en el mundo rural en particular— y, en segundo lugar, porque la información y su constante actualización son una pieza central en el engranaje de una subsistencia que requiere delicados sensores para ser efectiva.

Todo esto nos exige una cuidadosa aproximación al tema, para evitar interpretaciones silvestres. Por ello nos detendremos a considerar la presencia de un factor de mucho peso y que, todavía, no hemos puesto claramente sobre el tapete: se trata de los fenómenos relativamente nuevos, planteados por la presencia de las reservas indígenas (Agrupaciones).

Históricamente, la aparición del sistema de reservas obedece a una

Scanned with CamScanner

redistribución de tierras fiscales que se hiciera luego de la llamada "Conquista del Desierto", del lado argentino, y "Pacificación de la Araucanía", en Chile,[27] con el fin de dar alguna respuesta al "problema indígena".

Gran parte de la tierra útil se destinó a pagar a los accionistas de la Campaña y a quienes participaron en el bando vencedor.

Una de las formas que se idearon, tanto en Chile como en Argentina, para dar alguna solución a la situación del indígena fue la de relocalizar a los pocos sobrevivientes del pueblo mapuche.

Sabido es que a ese propósito se destinaron territorios pobres, marginales y con muy escasas posibilidades de mejoramiento.

Otro aspecto de la misma cuestión fue el extrañamiento de indígenas a otras partes del país: por ejemplo, caciques mapuche que se llevaron a la isla Martín García, para su mejor control (sic), o hijos de caciques tomados como rehenes, o mujeres destinadas al trabajo doméstico.

"El canto más lastimero que siempre recuerdan Trekamañ Menkelef es el que narra los fracasos que experimentó su padre en algunos malones a Arjentina. A consecuencia de esas correrías desgraciadas, perdió a sus parientes i amigos, de los que varios fueron desterrados a la isla Martín García."[28]

En la provincia de Neuquén existen actualmente 33 Agrupaciones reconocidas. La forma de constitución de las reservas provocó una violencia adicional respecto de las pautas organizacionales originarias, pues no se respetó ni a los cacicazgos ni al resto de las instituciones vigentes hasta ese momento.[29]

Este hecho generó una desorganización social y cultural cuyas reales consecuencias resultan aún hoy difíciles de estimar.

Sin embargo a pesar de la magnitud del problema existente, casi no hay literatura sobre el tema, en especial referida al impacto y a sus efectos en los aspectos psicológicos, psicosociales, cognitivos y simbólicos.[30]

Aquí sólo intentaremos penetrar muy parcialmente en algunos de los interrogantes recién expuestos a manera de apuntes preliminares.

Pero hacemos notar que este tema merece investigaciones, conceptualizaciones y evaluaciones propias.[31]

En primer lugar, pensamos que la reserva y la vida en ella han producido enormes cambios en la representación del mundo, tanto de quien la habita

[27] J. Bengoa, *Historia del Pueblo Mapuche. Siglos XIX y XX*, Santiago de Chile, Ediciones Sur, Colección de Estudios Históricos, 1985.

[28] T. Guevara, *Las últimas familias araucanas*, Santiago de Chile, Imprenta, Litografía y Encuadernación Barcelona, 1908 y 1911 (dos tomos), pág. 110.

[29] "La radicación no se definió por ninguna de las dos estructuras fundamentales de la sociedad mapuche: los linajes o las familias (...) El nombre mapuche se transformó en apellido con la radicación; más aún, muchas familias cambiaron su apellido, de modo de entroncarse con el poseedor del título de la merced (...) La reducción de varias familias al estrecho territorio común, no delimitado por la autoridad, fue fuente de rencillas y rompió con los principales mecanismos internos de solidaridad de esta sociedad (...) (J. Bengoa, *op. cit.*).

[30] Existe literatura referida a la dimensión histórica, pero también es relativamente nueva. En cuanto a la dimensión social, dicha literatura está más centrada en las restricciones económicas y en la desorganización que implica el sistema de reservas (Radovich, ms. y 1989). Avances significativos en el sentido aquí aludido son Briones (1988) y Olivera y Briones (1987).

[31] Para sustentar los puntos de vista con que enfocamos esta cuestión, hemos tomado

como de los que desde afuera, también tienen que ver con ella de una u otra manera. Estos cambios afectan pues a todos, desde las más diversas perspectivas ideológicas.

Así, en el interior de la reserva se dan dos posiciones marcadamente enfrentadas que podríamos llamar, sólo para entendernos, "blanquismo" y "aislacionismo".

En la primera de ellas, se opera una sistemática denegación de la realidad indígena; por lo tanto, es muy lábil y susceptible a todo aquello que tenga que ver —o solamente aparente tener que ver— con un origen blanco.

Desde el otro ángulo, aparece un "aislacionismo" muy duro, según el cual la gente de la reserva no necesita ni quiere mantener ningún tipo de vínculos con la sociedad mayor, porque se autoabastece en todo sentido.[32]

Si el "blanquismo" "exagera" en la desvalorización de lo que es la clave de la etnicidad, la otra posición corre el peligro de distorsionar sistemáticamente las relaciones "objetivas" con la sociedad blanca, de quien depende tanto estructuralmente como en las condiciones cotidianas de la vida.

Cabe destacar que ambos puntos de vista muchas veces coexisten en el interior de una misma reserva, con lo que se convocan fuerzas decididamente opuestas, fuente de siempre renovadas discordias.

También es necesario indicar que no todas las reservas obedecen a pautas similares en cuanto a la densidad y fluctuaciones de su contacto con la sociedad blanca.

Algunas tienen un mayor contacto, como por ejemplo la del paraje Quila-Quina, en San Martín de los Andes; la Agrupación Curruhuinca, que está enclavada en el centro turístico más importante de la provincia y uno de los principales del país en deportes de nieve.

En cambio, en las reservas ubicadas cerca de Junín de los Andes y Aluminé, se da una marcada distancia social y representacional con respecto a la sociedad blanca.

Quizás, una de las expresiones extremas de esta última situación sean las reservas del departamento de Catan-Lil, considerablemente alejadas de los centros urbanos y con una interrelación difícil respecto del pueblo de Las Coloradas, cabecera del departamento (de unos 500 habitantes estables, aproximadamente), del cual no puede decirse que sea un centro de referencia para esas reservas. En realidad, lo son mucho más las localidades de Junín de los Andes y Zapala que, a pesar de su lejanía geográfica, se ven favorecidas por la facilidad del acceso por la carretera que las une.

Desde el blanco, también se han conformado representaciones diversas sobre el fenómeno sociocultural generado por el sistema de reservas: por ejemplo, se las percibe como una instancia de control social, más allá de que efectivamente lo sean; o se adoptan posiciones más paternalistas, considerando que con las reservas se ha cumplido el "deber histórico" de

algunos aportes de la sociolingüística y de la antropología simbólica. Pero, sobre todo, cuenta nuestra cercanía con personas que han tenido una larga experiencia directa como integrantes de las reservas o como observadores y hacedores perspicaces. (Bernstein, 1970; Douglas, 1976; Sahlins, 1988 a y b)

[32] Estas dos posiciones, como veremos más adelante, tienen sus respectivos antecedentes históricos.

Scanned with CamScanner

"dar al César lo que es del César"; o bien, se adopta la posición de que las reservas no deberían existir porque se perciben como obstáculos al progreso, propio y regional.

No cabe duda de que estas instancias tienen, a su tiempo, un correlato interno: el control se vive (¿se soporta?) como un mal necesario que, además, impide la intromisión del blanco en la Agrupación; y el paternalismo se traduce en un flujo migratorio que se materializa de muy distintas formas: "esto es sólo para viejos y chicos", es la expresión que se escucha con más frecuencia.

Lo concreto es que, si bien las reservas pueden ser vistas como instituciones de control del poder central o como instrumentos de aislamiento sociocultural, también constituyen, aunque conflictivamente, un modo de permanencia de algún espacio de propiedad comunal, semejante al estilo tradicional.

Más allá de estas consideraciones, parece cierto que el tema de la reserva puede ser enfocado tanto desde un punto de vista material propiamente dicho, como desde otro más particularmente vinculado con sus aspectos simbólicos.

Desde el punto de vista material, pueden considerarse las posibilidades económicas en virtud de los factores productivos y de sus relaciones en cuanto a salidas y entradas de bienes y productos; también pueden subrayarse las oportunidades de planear y llevar adelante, en forma permanente, estrategias de adaptación al medio para efectivizar una continuidad que es, fundamentalmente, cambio.

En realidad, así lo hace, también en forma constante, el propio hábitat de la reserva, aunque en general ese cambio va en la dirección del deterioro creciente.

Desde el segundo punto de vista, el simbólico, creemos que la reserva se constituye en una configuración espacial y temporal, autocontenida en la dimensión de su representación social.

En este sentido, podríamos distinguir, tan sólo analíticamente, tres posiciones diferentes: el centro, la periferia y los mismos límites de la reserva. Cada uno de estos lugares posee significados propios y, además, es funcionalmente específico.

Intentaremos así desplegar los contenidos simbólicos desde una dimensión que toma en cuenta la permeabilidad y fluidez de los intercambios recíprocos.

Nuestro punto especial de referencia son las reservas ubicadas en el departamento de Catan-Lil. Esta aclaración es importante, sobre todo, para evitar extraer conclusiones que no son ampliamente generalizables, por las razones ya indicadas. Allí nos enfrentamos con el siguiente panorama:

- relativamente pocas familias, en proporción al territorio que comprende la reserva;[33] y
- distanciadas entre sí (separación que implica casi siempre varios kilómetros);

[33] Véase el Anexo 2, sobre el departamento de Catan-Lil, 1986. Véase también Radovich (ms.), sobre el mantenimiento del número total de habitantes a lo largo del tiempo, y el no crecimiento natural de la población por el fenómeno migratorio.

- una importante inestabilidad residencial, en especial de la gente joven;
- tierra castigada por la erosión, sin agua y cuya única opción productiva actual es la cría de rebaños caprinos y ovinos que profundiza, a su vez, el fenómeno erosivo;
- finalmente, un factor que creemos es denominador común de todas las reservas y que tiene que ver con el impacto de los hechos históricos en la dimensión de su realidad social significativa: la condición de *ilegitimidad* a la que fue arrojada la gente de las reservas.

Esta ilegitimidad tiene que ver, en primer término, con el quite de las tierras, factor que básicamente configura la identidad del "hombre de la tierra". Se trata de una ilegitimidad "real", por los derechos casi inexistentes sobre la tierra que ocupan y por ser considerados ciudadanos de segunda categoría; y "sentida" en virtud de las normatividades que se han establecido en el uso cotidiano de las reservas en cuanto al orden existente de las cosas y a su estimación moral: "Cada cual está en el lugar que le corresponde" o "las cosas son así".

Las fuentes de la ilegitimidad, pasada y actual, ideológica y práctica son, por su parte, constante alimento de una alienación individual y grupal, que define al mundo y lo clasifica "correctamente", "con justicia". El orden moral (los valores) aparece una vez más coextensivo al fáctico que, aunque socialmente construido, se nos aparece (a todos) como un orden "necesario".

En consecuencia, todas las definiciones que se hagan a partir de este cuadro reforzarán esta ilegitimidad de la realidad indígena, y en especial del indio de la reserva.[34]

En síntesis, podría sostenerse la siguiente ecuación (aunque por supuesto, no exacta): "quite de tierras/relocalización/pobreza = ilegitimidad".

Sin embargo, no podríamos afirmar que esta ecuación se traduce por igual en todos los aspectos de la vida indígena en la actualidad. Antes bien, hay que hacer una serie de distinciones.

Determinada la pauta legal en cuanto a la propiedad de la tierra (por lo general, tenencia precaria de tierras fiscales) se crean las condiciones:

a) o bien para una expoliación abierta, en unos casos: corrida de alambradas, incapacidad para formar parte del proceso de fijación de precios de los productos que trabajosamente se logra comercializar —dándose, por esta razón, una gran opacidad de los mercados—, falta de fluidez para generar circuitos propios de mercadeo, etcétera;[35]

b) o bien para una expoliación solapada, en otras oportunidades: discriminación social, rotulación, ser objeto de la atención de diversas formas de acción social, todo ello sin que se logre un replanteo de las fuentes de generación del poder político y, por ende, con una incapacidad para formular y llevar a la práctica políticas sociales apropiadas, vinculadas

[34] En realidad, de todas las minorías perseguidas. Pero las condiciones de encerramiento —como lo fueron, en un principio, las reservas o los guetos— parecen ser particularmente ejemplares en tal sentido.

[35] Juan Carlos Radovich, "Relevamiento socio-cultural en agrupaciones indígenas de la provincia del Neuquén", Ministerio de Bienestar Social de la provincia del Neuquén, ms.; J.C. Radovich, "El proceso migratorio desde una reserva indígena de la provincia del Neuquén, República Argentina", *Antropología*, año IV, Buenos Aires, junio-julio de 1989.

Scanned with CamScanner

con proyectos regionales, etcétera.[36]

Pero en otros aspectos de la vida comunitaria se mantienen pautas socioculturales locales; y no sólo "como lo hacían los antiguos" sino logrando verdaderas actualizaciones.[37]

Todas las prácticas cotidianas se desenvuelven a la luz de los esquemas interpretativos de una determinada cosmovisión.

En el caso al que nos estamos refiriendo, esta cosmovisión es una resultante de la de "los antiguos" y la de los actuales que sigue siendo propia, aunque muchas veces es el producto de conflictos entre lo heredado y lo del otro.

Uno de los aspectos en que esto se manifiesta es en el cuidado de la salud: aquí coexisten una dimensión de enorme vigencia de las prácticas tradicionales y una dimensión de adecuación respecto de la medicina occidental.[38]

Entonces, pensamos que existe un espacio social al que hemos llamado "centro", en el cual, entre otras cosas, se establecen y mantienen canales apropiados para comunicar (producir y recibir) información relevante para los distintos aspectos de la vida cotidiana. Hay allí una constante reformulación y actualización de ese conocimiento así como fuentes propias de formulación.[39] Se trata de una comunicación "boca a boca", es decir, con una pauta predominantemente oral, en lugares y oportunidades de reunión más o menos preestablecidos —el boliche, las rogativas, la visita médica programada, eventos deportivos, fiestas familiares, visita de políticos, etcétera— y, obviamente, en ocasiones más informales.

Lo que queremos subrayar es que, en cierta medida, este espacio tiene funciones que son cruciales para el cumplimiento de los ciclos reproductivos de las condiciones de vida y, desde el punto de vista intersubjetivo, para el "mantenimiento de la realidad",[40] hasta para reforzar esa realidad, desde la precariedad general de la vida en las reservas. Es decir, permite que cada

[36] Véase el Documento de la Subsecretaría de Acción Social, provincia del Neuquén, 1986. El documento pasa revista, en forma sucinta, a la historia previa a la Conquista del Desierto. Lo mismo ocurre con la época post-reduccional. No comenta el proceso de organización de las reservas, ni los objetivos a los cuales respondió. Asimismo, es muy parco en cuanto a una explicitación de las condiciones que llevaron a la pobreza actual de la mayoría de las reservas, aunque cabe reconocer la justeza con que caracteriza al estado actual de cada una de ellas.

[37] S. Martinic, "Saber popular e identidad"; I. Hernández, *Saber popular y educación en América Latina*, Buenos Aires, Ediciones Búsqueda, 1985.

[38] Bonfil habla de "cultura apropiada" refiriéndose "a los elementos ajenos que un pueblo puede poner bajo su control en un momento dado". Por el contrario, en una "cultura enajenada" el grupo ha sido privado de su capacidad de decidir sobre sus propios recursos culturales.
Obviamente, de acuerdo con la conceptualización precedente, en el pueblo mapuche actual también se dan numerosos elementos enajenados.
Es interesante señalar que Bonfil completa su esquema con el concepto de "cultura autónoma" en la cual los "recursos son propios del grupo y también lo es la capacidad de decisión", y "cultura impuesta" cuando "ni los elementos culturales ni las decisiones son del pueblo considerado" (Bonfil, 1987). (Véase el capítulo II.)

[39] También parece cierto que la alimentación de tales fuentes no es necesariamente interna. De ser así, no podríamos plantear la existencia misma de los intercambios con la sociedad global ni de los respectivos procesos de adecuación.

uno de sus integrantes encuentre los argumentos necesarios para tornar plausible su vida y la de su grupo, como sucede con cualquier grupo humano en cualquier otra forma de organización.

Por otra parte, los límites de la reserva no son sólo físicos sino que, en el plano simbólico, representan el confín de un mundo diferente, de otro mundo. Es cierto que tales fronteras no son cerradas, más bien las imaginamos permeables, aunque selectivas, en cuanto a los circuitos de intercambio con el afuera. Pero parecen ser portadoras de un mandato ejemplar: la salida de la reserva (migración más o menos permanente) implicaría el abandono (¿definitivo?) del universo que ella conforma;[41] porque, sociológicamente, se traspasa la barrera de lo local y se ingresa, de una u otra forma, a lo "del otro", ya *se es* "el otro". Y desde el punto de vista sociolingüístico, cambian radicalmente las pautas de comunicación y es difícil establecer otras nuevas que, a su tiempo, se habitualicen (o sea, se institucionalicen).

Todo ello contribuye a la estigmatización del migrante porque, en términos generales, el acto de irse amenazaría a la propia matriz de sustentación de la vida colectiva en las reservas (luego analizaremos este concepto). El que se va deja de ser miembro cabal de la reserva puesto que ya no comparten con ella totalmente los supuestos fundamentales que conforman dicha matriz.

Ello no significa que esta situación sea "toda" la realidad, porque las dificultades de integración del migrante en el medio urbano son enormes;[42] además, sufre, adicionalmente, el rechazo proveniente del medio suburbano a donde migran generalmente los miembros de la reserva.

Las consecuencias pues son múltiples y no lograríamos ni tan siquiera su señalamiento.

No obstante, pensamos que los límites de la reserva son una importante barrera (aunque no, por cierto, insuperable) a la actualización de la información que provenga *estrictamente* de afuera; como en el caso de los hijos que se fueron, "el que se va, se va". En cierto sentido, los tamices son muy selectivos, lo que no sólo impide, según nuestro punto de vista, la continuidad vincular con los hijos migrantes, sino que los convierte en cuello de botella en lo que hace a las posibilidades de implementar cambios en las condiciones materiales de la vida a las que antes nos referimos.

Por otra parte, también es cierto que no existen políticas sociales globales definidas que favorezcan la calidad de vida en las Agrupaciones.[43]

Ahora bien, podemos arriesgar algunas ideas respecto de la función que puedan cumplir tales barreras: el rechazo al que se va es, justamente, para

[40] P. Berger y Th. Luckmann, *La construcción social de la realidad*, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1979.

[41] No sólo se dan migraciones definitivas. Se instrumentan numerosas variantes, de idas y vueltas (Liliana López, comunicación personal) aunque no creemos que cambie el significado del mandato sino que se atenúa o se intensifica según cada oportunidad.

[42] W. Arrúe y B. Kalinsky, "El alcohol, la cultura y la región. Una visión local de las pautas actuales de su consumo", *Revista Española de Drogodependencia*, vol. 13, nº 2, Valencia, 1988.

[43] Existen casos aislados de desarrollo de opciones productivas. Por ejemplo, el de algunos proyectos de forestación, vinculados a planes provinciales más que a iniciativas locales y, por ello, con escaso espacio de participación. No obstante,

Scanned with CamScanner

evitar que vuelva, porque no hay capacidad económica para absorber un crecimiento demográfico, aunque sea leve. Este mandato toma formas diferentes según sea la reserva y las condiciones concretas en la que la migración acontece. He aquí un aspecto de la dimensión simbólica vinculado con la acción social, ordinaria, cotidiana.[44]

Pero lo que no podemos ni siquiera insinuar es que estemos en presencia de una integración entre el plano cultural y la estructura social correspondiente. Antes bien, pensamos que estos dos planos están en una situación de tensión primordial, aunque nada podemos decir, todavía, sobre la naturaleza del proceso en juego.[45]

Lo que parece dramáticamente cierto es que la necesidad del reingreso, del restablecimiento de los vínculos, del reencuentro con la comunidad, arrastra a situaciones de crisis; tal vez, en algunos casos, a la misma locura (en el caso de Elisa, algo así como que "sólo pueden volver los locos"). (Véase "Una evaluación provisoria", en este mismo capítulo.)

El tercer espacio figurativo que hemos propuesto para aproximarnos esquemáticamente a la dinámica organizacional de una reserva es el de las zonas periféricas.

Los que pueblan el "centro" estarían más aferrados a las pautas tradicionales, no permitiendo ni permitiéndose, el acceso a aspectos más nuevos, en un doble sentido: respecto de lo que puede eventualmente provenir "del afuera", pero también en lo que se refiere a la posibilidad de reactualizar lo propio.

Muchas veces se ha sostenido equivocadamente, desde la misma teoría antropológica, la estaticidad de "las culturas primitivas", como si el principio del cambio, y en cierto sentido muy lato, del propio progreso, fuera exclusivo de las sociedades "modernas" (occidental, blanca, etc).[46]

El origen de este error es, más que nada, ideológico, al punto de que se siguió sosteniendo a pesar de las pruebas empíricas en contrario.

Nosotros creemos, de acuerdo a lo que hemos planteado, que el "centro" se encontraría en una situación sumamente estable que podríamos llamar de "cristalización histórica" y, por ende, en una verdadera encrucijada: atado a la conservación de la "identidad histórica", parece ir perdiendo acceso a los factores de renovación y a las oportunidades de diversificación en la formulación sociocultural.

Sin embargo, esta situación no es enteramente cerrada. Porque contamos con la presencia de las zonas periféricas, "habitadas" por pobladores que, esta vez sí, tienen mucho que ver con los aspectos nuevos, con los cambios que son el resultado de procesos buscados y adquiridos activamente. Esto implica, sin duda, características peculiares en las personas y en los procesos. Por diferentes caminos y en diferentes circunstancias

---

pueden ser fuentes de diversificación de alternativas a largo plazo. Otros proyectos, también parciales, tienen que ver con viviendas rurales, mejoramiento de ganado caprino, comercialización de lana, algunos llevan ya varios años e, incluso, han dado lugar a incipientes organizaciones cooperativistas. Estos y otros proyectos se llevan adelante con metodología y objetivos disímiles.

[44] En tal sentido, no pensamos que la dimensión cultural sea el producto de un proceso de justificación de acciones (Sahlins 1988 a).

[45] Por ejemplo, que sea un proceso de disgregación.

[46] G. Foster, *Traditional societies and technological change*, New York, Harper & Row, 1962.

han accedido también a diferentes contextos que conforman lo que laxamente denominamos "ámbito intercultural". Este ámbito está conformado por contenidos culturales de ambos universos ellos mismos también modificados: el de la reserva y el de afuera. En los personajes que lo habitan, *articuladores sociales*, se advierte una redefinición de los apegos primordiales, a pesar de que mantienen un contacto muy circunstanciado con pautas y prácticas tradicionales. Al mismo tiempo, y quizá debido a eso mismo, esas articulados se permiten transitar el ámbito intercultural ("apego flexible"). Esto último, visto desde el lado "de afuera" —es asimismo transicional—, por su continuo contacto con formas de la cultura tradicional pero, también porque en ellos no están las formas más "crudas" de la sociedad blanca. Por ejemplo, instituciones tales como la escuela, la policía, el juez, el hospital, etc., no conforman una trama burocrática en el sentido estricto o al menos una trama comparable a la de los grandes centros urbanos —aunque no por eso dejan de sentirse algunos de sus efectos.

En la zona se da un intenso tráfico de miembros de las instituciones blancas dentro de las reservas. Para citar sólo algunos: maestro, agente sanitario, médico, enfermero, sacerdote, pastor, guardabosque, guardafauna, técnicos en ganadería y agricultura, cooperativistas, gente de la Dirección de Tierras, gendarme, policías, misioneros, miembros del Juzgado, agentes de Area de Frontera, agentes Programa Alimentario Nacional (PAN), turistas, comerciantes ambulantes, políticos (sobre todo en etapas preelectorales), científicos sociales, gente de la Dirección de Asuntos Indígenas, de Acción Social, etcétera. En este sentido, creemos que, a partir del trabajo que se hace en las reservas, se da una suerte de validación de la dimensión institucional blanca. Lo inverso también parece cierto: los pobladores de las reservas han hecho un "arte" del sacar provecho de las instituciones blancas. Por ejemplo, un pastor se quejaba de que los concurrentes a sus reuniones de culto asistían también a las misas que se celebraban en el paraje cuando lo visitaba el cura católico. En un aparte, un poblador manifestó que por el culto podría conseguir una bomba de agua. Es la forma de adecuación a la realidad; adecuación que, por otro lado, ya existía incluso antes de la Conquista del Desierto, cuando el gobierno central ofrecía a los caciques, animales, harina, sueldo pero, sobre todo, aguardiente a cambio de seguridad y para evitar el maloqueo.[47] Es un poco el costo que los pobladores están dispuestos a pagar a cambio de lo que podría entenderse como un encubrimiento de la vigencia de sus propias instituciones (por ejemplo, el curador popular, la religión y la lengua mapuche, etcétera).

Finalmente, diremos que una de las funciones principales del articulador social es la de formular pautas de comparabilidad entre los códigos de la sociedad blanca y los de la reserva que, aunque simultáneos, se dan en circuitos diferentes. Así, el articulador social estaría dando una significación compartida o sea, una significación que, en principio, no tiene ni una ni otra.[48] Estas "personas-puente" son, entonces, foco de importantes movi-

---

[47] J. Bengoa, *op. cit.*; Curruhuinca-Roux, *Sayhueque, el último cacique* y *Las matanzas del Neuquén*, ambos editados en Buenos Aires por Plus Ultra, 1986; Félix Luna, *Soy Roca*, Buenos Aires, Sudamericana, 1989.

[48] Esta idea se acerca a la de "intermediario cultural", planteada por M. Vovelle, 1985.

Scanned with CamScanner

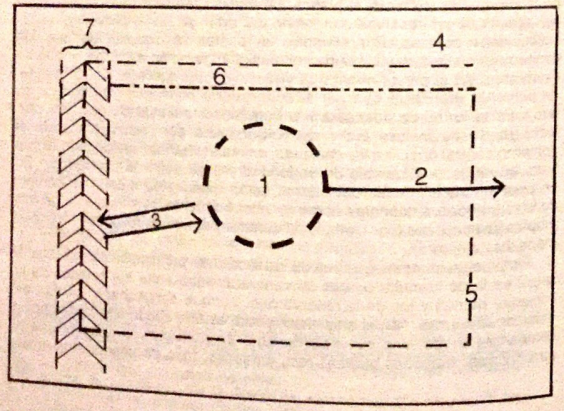
mientos internos, a los que el "centro" no es del todo ajeno, actuando como factores de modernización, desorganización o de condensación de conflictos internos. Al mismo tiempo, se convierten en receptores de rechazos, de diverso tinte valorativo, sobre todo por constituirse en figuras marginales (en el sentido de fuera de lo ordinario). Desde el exterior aparentan ser personas con espacios inciertos, mal definidos, a los que no les caben categorías unívocas; por ende, son vistos como centros de poder (reales, potenciales o ficticios), pero de un poder que difícilmente puede ser calibrado con los parámetros propios, con lo cual resultan más inquietantes.

Desde el "adentro" son mirados también con resquemor porque representan cuñas de la sociedad mayor, lo cual tiene que ver con el rechazo hacia los extraños (sobre todo, si el extraño es blanco).

"Las tierras son pocas y malas, y es mejor mantenerlas exclusivamente en manos mapuche".

El cuadro completo podría representarse así:

1. Centro más rígido / más aferrado
2. Migración "definitiva"
3. "Apego flexible"
4. El exterior, el afuera, la sociedad mayor
5. Límites
6. Zonas periféricas
7. Ambito intercultural



Una última cuestión que sólo dejaremos planteada, ya que carecemos todavía de suficiente evidencia empírica al respecto, tiene que ver con lo

que provisoriamente llamaremos la "reserva representacional" (en adelante, "reserva" con comillas).

Este concepto intenta aludir al espacio que ocupa la reserva en la construcción de las representaciones sociales del grupo, de las familias y también de las personas, es decir, qué cualidad toma, como factor simbólico, en cuanto a grados y modalidades de apego/desapego, formas de modelación de acciones, categorizaciones cognitivas, pautas de hábitos, pertinencia en la toma de decisiones, "motor" motivacional, etcétera.

En tal sentido, y como lo hemos indicado, así como la reserva puede ser entendida como un lugar de encerramiento (segregación) —y, quizás, históricamente éste haya sido, en efecto, el significado implícito en la "solución del problema indígena"—, también existen fuertes indicios, aunque no todavía elementos sistemáticos de juicio, que sugieren que este espacio es refuncionalizado por sus pobladores (y, por ende, por el resto de las personas), convirtiéndose en una importante fuente (en algún momento, probablemente la única) de redefinición (reactualización) étnica y de elaboración de las identidades sociales.

Entonces lo que nos estamos preguntando es: ¿qué impacto tiene la "reserva" en la conformación de las personalidades y, en última instancia, en la formación de la identidad?

Si sostenemos que la psicopatología debe formar parte de una teoría general de la personalidad,[49] estaremos de acuerdo en que en la "reserva" hallaremos tanto un punto central de inflexión de la realidad personal y social —ya que se trata, en efecto, de una instancia de articulación— como, paralelamente, una de las claves de la significación grupal y personal de lo que es "normal" y "atípico" (problemático) de la vida.

Es más, pensamos que es una instancia crucial en el proceso de la migración, en especial al medio urbano/suburbano, y en los términos en que ella puede ser planteada.[50]

Creemos que en la migración, la "reserva" tiene un papel esencialmente *ambiguo*: la dificulta, porque impone severos límites a quien decide irse y, a la vez, posibilita, porque proporciona *un patrón de identidad*, en un doble sentido: a) individual, respecto de poder reconocerse como uno mismo durante la crisis (desorganización) que la migración trae aparejada o en procesos de larga duración, lo cual tiene que ver con factores de discriminación y continuidad, respectivamente; y b) social, como fundadora de modos afectivos y cognoscitivos de organización de las experiencias de la vida, según los perfiles habituales y legítimos.[51, 52]

Aparecen, así, *nuevas instancias articuladoras:*

[49] J. Bowlby, *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*, Buenos Aires, Paidós, 1983.
[50] No conocemos si la pertenencia a una reserva se ve, en el medio suburbano/urbano, como condición estigmatizante. En Chile parece ser que es así (Riquelme, 1987).
[51] W. Arrúe y B. Kalinsky, *Salud, sistemas locales de conocimiento e identidad sociocultural: una experiencia participativa de investigación*, San Martín de los Andes, en prensa.
[52] A veces, algunos hechos —la forma en que se viven y las condiciones particulares que los acompañan (en especial durante la infancia y la adolescencia, véase Bowlby, 1983, Winnicott, 1972, entre otros)— *tanto como* los contextos sociales e históricos, inhiben, de una u otra forma estas capacidades. Dilucidar las formas de complementación entre ambos patrones es una tarea pendiente que podría proporcionar interesantes evidencias con respecto al tipo de fenómenos que nos ocupa.

Scanned with CamScanner

a) La dimensión histórica: es decir, la aceptación de la historicidad de toda situación social y de las circunstancias personales, familiares y grupales. En tal sentido, podemos subrayar: el significado cognoscitivo y técnico de la influencia de la lectura blanca en la dinámica comunitaria indígena, así como su efecto político y económico; el establecimiento de una relación desigual entre lo autóctono y lo importado, es decir, cómo las culturas originales se transforman en sociedades oprimidas y, por ende, dependientes y las formas importadas van marcando las tendencias sociales dominantes, etcétera. Un elemento complementario estaría dado por la interacción entre el tiempo histórico y el tiempo individual (el entrecruzamiento de los tiempos) y su impactante actualización en el proceso migratorio.
b) El entrecruzamiento de los espacios: la cuña del suburbano en la vida cotidiana de las reservas, pero también el mundo de la "reserva" en plena proyección en el transcurso de un proceso inédito y, al mismo tiempo, muy transitado, como lo es el de la migración.
c) El entrecruzamiento de los sistemas de conocimiento: se conoce la realidad urbana a través del cedazo de la "reserva" y, simultáneamente, se da una resignificación de ella a partir de las modalidades urbanas.

Estas instancias de articulación pueden generar una tensión creadora entre cada uno de los términos en que están planteadas o, por el contrario, conducir a la desestimación de los entrecruzamientos.[53] Creemos que, por ahora, esto último es lo más frecuente.

Entonces, queda en pie la cuestión de dónde ubicar los límites de la "reserva".

Apuntes para una teoría local del cambio sociocultural

Intentaremos trazar, en esta sección, una línea de continuidad entre los conceptos de "matriz de sustentación" —que planteamos como un modelo posible para dar cuenta de la crisis de Elisa y del origen de algunos factores de recuperación— y las consideraciones hechas en el capítulo sobre las convergencias entre la medicina oficial y popular respecto de la dinámica del cambio que, según creemos, permitió coincidencias entre sistemas sanitarios.

El hilo conductor entre ambas cuestiones está dado, justamente, por esta "matriz de sustentación", a la cual daremos, ahora, un mayor contenido semántico.

El concepto de "matriz de sustentación" es teórico. Tiene que ver con las fuentes (de vida) que posee cada grupo humano para la elaboración simbólica de sus espacios sociales, culturales y materiales y, por lo tanto, de su experiencia, su memoria y su conocimiento. Es un conjunto compartido de supuestos fundamentales que hacen que cada grupo, y por ende cada persona, pueda otorgarse plausibilidad [54] y, continuidad, así como

[53] Efectos, ambos, que tienen que ver crucialmente con condiciones de posibilidad de la salud mental.
[54] P. Berger y Th. Luckman, *op. cit.*

permitirse implantar cierta dinámica de cambio a su realidad. En términos metafóricos, sería algo así como el cauce de un arroyo, que brinda sentido y límites a sus contenidos y, a la vez, la posibilidad de cambio continuo.

Estos supuestos se manifiestan en toda actividad: social, ritual, productiva, de la vida cotidiana, etcétera.

Es un trasfondo compartido,[55] internalizado por sus integrantes y puesto de manifiesto en todo acto, pero también en toda vivencia. Es conocido, pero raramente explicitado. Es peculiar para cada grupo pero no es del todo original en ninguno de ellos.[56] Su origen es fundamentalmente social, aunque al ser "apropiado" por los integrantes del grupo, pasa a formar parte también del patrimonio individual; por lo tanto, tiene una traducción específica en cada uno;[57] [58] y un impacto específico en cada estructura de personalidad.[59] Además, hasta cierto punto es incuestionable.[60]

Los supuestos fundantes a que hace referencia la matriz de sustentación tienen que ver con varias dimensiones.

Antes de enunciarlos, nos interesa indicar que hemos pretendido abarcar tanto los aspectos materiales de una sociedad (esto es, los que tienen que ver con las formas de organización y reproducción de las

[55] W. Arrúe y B. Kalinsky, "Hacia un estilo local en salud: una experiencia y una reflexión", *Encuentros para la salud*, año I, nº 1, Córdoba, diciembre de 1987.
[56] La idea tiene algo que ver con los conceptos de estructura, paradigma, ideología y reglas de interacción. Pero no es, del todo, ninguno de ellos. Por las siguientes razones.
a) no concordamos con el concepto de *estructura*, relacionado con la tradición funcionalista, porque no aceptamos sus supuestos de equilibrio del sistema ni su conceptualización del conflicto, al que considera como de orden fundamentalmente externo al sistema;
b) no coincidimos con la noción de *estructura* proveniente del estructuralismo francés, porque no creemos que la estructuración de la experiencia se dé tan sólo a través de sistemas clasificatorios, esto es, de oposiciones binarias; tampoco pensamos que el significado "real" de las cosas sea tan sólo latente (inconsciente) (Bourdieu, 1987);
c) el concepto de *paradigma* tiene el problema de haber sido planteado, en la actualidad (Kuhn, 1978) para dar cuenta de los modos de ser de la comunidad científica; su extensión a otros grupos humanos se ha hecho trabajosa y acarrea problemas metodológicos y semánticos que no nos interesa tratar aquí;
d) lo mismo ocurre con el concepto de *ideología*, sobre todo en lo que respecta a su tradición marxista, y aun en las versiones neomarxistas. Su polisemia lo ha hecho de difícil utilización, al menos que estipulemos su uso a partir de los significados previos; por lo demás, un concepto que se adscribe a la "superestructura", y por lo tanto, fundamentalmente a la esfera cultural, aparece desligado, en parte, de los aspectos materiales de la vida;
e) las *reglas de interacción*, tal como fueran formuladas por Garfinkel (1967), tienen un campo de aplicación muy restringido (la esfera interpersonal); además, la matriz de sustentación, a diferencia de las reglas etnometodológicas, no se desorganizaría si fuera explicitada como vimos en las sucesivas presentaciones clínicas. Más adelante, en este mismo capítulo, se dan las afinidades que tiene este concepto con la propuesta de Sahlins (1988, b).
[57] M. Sahlins, *op. cit.*
[58] También podría decirse que el producto social deviene, en parte, de la contribución del individuo y sus vínculos.
[59] Aquí también nos alejamos de Durkheim (1976) en cuanto a que el pensamiento tendría una base estrictamente social.
[60] No creemos que sea útil aplicar el concepto de inconsciente, porque estamos en una dimensión macroestructural y, además, debido a la polisemia que va teniendo el propio concepto.

Scanned with CamScanner

condiciones de la vida) como los llamados "culturales" (aquéllos que se incluyen bajo el título de "cosmovisión", en referencia a los contenidos simbólicos propiamente dichos —religión, arte, ética, estética, ideología, etc.—[61] y que, para ser estrictos también contribuyen al mantenimiento y cambio de las condiciones de vida). Pensamos que ambos aspectos forman parte del mismo todo global aunque, sin duda, con muy diferente peso en cuanto a sus relaciones mutuas.[62]

Es así, entonces, que pueden anotarse algunos supuestos fundamentales. Nuevamente aquí, como en toda distinción, la enumeración es analítica. Por otra parte, los ejemplos no agotan cada categoría y pueden pertenecer a más de una (es decir, no se han seguido los principios de exhaustividad y exclusividad, respectivamente).[63]

Supuestos ontológicos

Son supuestos que dicen o describen cómo son las cosas en última instancia. Dan realidad y, al mismo tiempo, la quitan. Hacen un recorte inequívoco del universo de existencia.

Ejemplos:

"No hay noticias en su cultura (mapuche) acerca del origen del hombre, y del mundo, de los primeros habitantes, de cuándo y cómo llegaron. El relato del diluvio es el mito original de un pueblo ya establecido en regiones del sur, cuya vida como nación —poblar la tierra— comienza a partir de esta catástrofe".[64]

"(...) Ellos (los mapuche) reconocen un Ente supremo, autor de todas las cosas al cual dan el nombre de 'Pillan': esta voz deriva del 'púlli' o 'pilli' (...) i denota el espíritu por excelencia (...)".[65]

"Los sueños, como se sabe, representan para el indio realidades que no se diferenciaban de las que veía o ejecutaba despierto, sobre todo cuando lo ponían en comunicación con los espíritus. Eran percepciones enteramente diversas de las nuestras (...)".[66]

"Los espíritus podían ejercer una influencia evidente en los actos humanos. Se imponía, por tanto, la necesidad de tributarles homenaje, prodigarles atenciones materiales, para hacer sensible i provechosa su intervención en favor de los vivos".[67]

[61] Nos referimos a la dicotomía entre "cultura" y "sociedad", propia de la antropología clásica.
[62] Una distinción analítica que ha puesto una distancia peligrosa entre "sociedad", a la que se vincula sólo con aspectos materiales, y "cultura", a la que se asocia sólo con la dimensión simbólica, perdiéndose de vista el campo de sus múltiples ligazones, que son el resultado de una construcción significativa de los grupos humanos (Good ,1988; Sahlins 1988 a).
[63] Tampoco ha sido revisada la bibliografía completa al respecto. Simplemente, hemos querido dar un panorama de las ideas teóricas con el fin de mostrar algunas de las posibilidades de este modelo.
[64] J. Bengoa, *op. cit.*, pág. 9.
[65] T. Guevara, *op. cit.*, 1908, pág. 291.
[66] T. Guevara, *op. cit.*, 1911, pág. 310.
[67] T. Guevara, *op. cit.*, 1908, pág. 286.

Supuestos práctico-organizativos

Tienen que ver con las formas en que se ponen en marcha, se evalúan y se redefinen los cursos de acción que se vinculan con pautas de organización. Por ello, se constituyen en formas de resolución de problemas, tanto en sus aspectos micro como macroestructurales.

Ejemplos:

"No hay un sistema de poder especializado (fuera del nivel familiar) (...) hay un sistema para hacer alianzas y emprender acciones comunes".[68]

"A partir de una cadena de intercambio de mujeres se produce un complejo sustrato parental ('todos somos parientes') sobre el que se asentaba la sociedad indígena".[69]

"Una vez Marileo Kolima invitó a las tribus de toda la Araucanía a un gran parlamento (en el año 1854 en que meditaban un alzamiento).

Fue la parla más célebre que hubo en esos momentos.

Toda la familia Kolima se unió para costear los gastos de animales i chicha para los invitados.

La reunión tuvo lugar en las vegas de Huequen.

Asistieron varios miles de indios (...)

En el centro de la reunión se hizo una calla de ramas de árbol. En este calla se cavó un hoyo. En este hoyo fueron echando los caciques jefes de las cuatro divisiones algunas monedas de plata.

Enseguida se plantó la cruz.

Después de la ceremonia vino la parla (...)

Siguió la comilona i el consumo de 'mudai' (chicha).

La fiesta duró cuatro días".[70]

"En su parcialidad resolvía las demandas con mui buena palabra (criterio). Si alguno protestaba de su justicia, le daba inmediatamente de sablazos.

Los demás caciques lo buscaban para consejero de las demandas (asesor).

Entonces servían de jueces los mismos caciques, cada uno en su parcialidad, para los juicios de los parientes.

Cuando se trataba de pleitos entre personas de distintas parcialidades, intervenía el cacique principal.

Estas demandas eran más serias: el jefe de la reducción oía a las partes i a los testigos afuera de la casa i en presencia de todos. Daba enseguida su sentencia".[71]

Supuestos cognoscitivos

Conforman un conjunto de categorías que dan acceso al conocimiento de la realidad. Son esquemas consensuados de interpretación, es decir,

[68] J. Bengoa, *op. cit.*, pág. 27.
[69] J. Bengoa, *op. cit.*, pág. 126.
[70] T. Guevara, *op. cit.*, 1911, págs. 47 y sig.
[71] T. Guevara, *op. cit.*, 1911, págs. 117 y 166.

Scanned with CamScanner

pautas de organización simbólica de la realidad. Además brindan los esquemas para la comunicación de ese conocimiento, esos esquemas que están regularmente integrados a los modos organizacionales; su grado de integración o conflicto es histórico.

Ejemplos:

"La gente antigua no tenía nombre para los meses. Para poder orientarse sobre un dato del pasado o futuro se expresaban de esta manera: tiempo de escasez, hambruna general, época de brotes (...)".[72]

"Lo que hemos conseguido con la civilización que dicen que nos han dado es vivir apretados como trigo en el costal. Lorenzo Colimán".[73]

"Los araucanos antiguos no querían a los padres.

Decían: 'No hacen maldad, pero son de mal agüero. Detrás de ellos vienen los 'winkas'.

Contra esta opinión, Mangin los recibía en su casa.

Decían misa. Mangin los miraba callado, pero tenía el pensar de sus mayores. Por eso se hizo realista".[74]

"Entre los mapuches antiguos se respetaba extraordinariamente a los hombres de bonita palabra, ya fuese en discursos o en contar las vidas de los finados caciques ('kuitife' se llamaban estos narradores de historias familiares)".[75]

"Entre los mapuches no se podía despreciar lo que se oía o se presentaba en sueño. Los mayores aseguraban que todo salía cierto. Por eso había tantos adivinos por el sueño".[76]

"La memoria tenía en esa mentalidad, tan diferente de nuestro mecanismo lójico, una extensión desmesurada. Era una memoria especial, que retenía un prodijioso material de detalles (...)".[77]

"El rasgo saliente de la lengua era antes, como lo es todavía, la precisión minuciosa de los detalles. Describía con exactitud admirable la situación, los movimientos, las distancias, las formas i contornos de los objetos i de los seres".[78]

Supuestos normativos

Configuran la dimensión moral. Dicen lo que es correcto, justo o adecuado, cómo se debe obrar para que este orden no sea perturbado. En la sociedad mapuche, este orden está dictado por los modos de 'los antiguos', a su vez transmitidos por "los veteranos" (ancianos) en forma de historias y leyendas contadas en las reuniones. Una mayor "antigüedad" (edad) otorga, en este sentido, más autoridad. En el pueblo mapuche éste es un orden fundamentalmente histórico y terrenal. En cierto sentido,

[72] P. Coña, *Memorias de un cacique mapuche*, Santiago de Chile, Editorial ICIRA, 1974. Dos tomos (primera edición, 1930), pág. 82.
[73] T. Guevara, *op. cit.*, 1911, pág. 27.
[74] T. Guevara, *op. cit.*, 1911, pág. 65.
[75] T. Guevara, *op. cit.*, 1911, págs. 59-60.
[76] T. Guevara, *op. cit.*, 1911, pág. 169.
[77] T. Guevara, *op. cit.*, 1911, pág. 311.
[78] T. Guevara, *op. cit.*, 1911, pág. 312.

podríamos sugerir que es "más empírico" que aquéllos fundados en cosmologías. Desde la instalación definitiva del blanco, la sociedad mapuche ha sufrido la condena a no cumplir, como desearía, con estos supuestos.[79]

Ejemplos:

"A los hija de Paillau, madre mía e hija de Hueter, la había robado mi padre para mujer; pues solía decir: 'Después de tenerla hice el pago tradicional'. De tal modo casados vivían ellos en Rauquenhue".[80]

"(...) según costumbre de nuestra raza, hay palabras que usa el hombre y otras que usa la mujer".[81]

"El título de cacique se adquiría entre los araucanos por herencia i por autoridad propia, es decir, por derecho i de hecho.

El cacicazgo por herencia era el más común.

La antigüedad de una familia, i su pasado conocido en la guerra i en la posesión de bienes de fortuna, constituía la nobleza araucana. Los indíjenas tenían un marcado apego y respeto a esta nobleza".[82]

"Entre los mapuches estaba prohibido (tabú) que el yerno hablara a la suegra; cuando la veía, la evitaba como a una vaca brava. Lo mismo sucedía entre el suegro y la nuera; no se podían hablar".[83]

"Antes se acostumbraba a que el hijo mayor, el heredero, se casara con una o varias mujeres de su padre, no siendo su madre. Este uso se llama 'ñeñe kure'.

Decían que así no disminuían los bienes de la familia, pues el hijo no tenía que devolver los animales i las prendas de las mujeres".[84]

"Mucho tenían que pagar antes los ladrones, y también por una mujer muerta o una niña robada se pagaba un gran número de animales. A veces no alcanzaban a pagarlo todo, entonces pedían animales prestado a sus parientes o cuñados.

Cuando no lograban satisfacer la deuda entera, se les hacía malón (...)".[85]

"En la casa mapuche era persona principal el hombre de más edad; él mandaba a toda la gente que se encontraba en la ruca (casa). La primera mujer del dueño dirigía a las de su sexo (...)."[86]

"Al morir estos caciques decían: 'quiero llevar conmigo a una de mis mujeres, a la más bonita; cuando me entierren matádmela y echadla conmigo a la sepultura".[87]

Supuestos existenciales

[79] Esta cuestión quizá nos ofrezca pistas importantes en cuanto al carácter "performativo" (Sahlins 1988 b) de la sociedad mapuche (véase el apartado sobre "El cambio sociocultural de la matriz de sustentación"), así como sobre la colisión entre las formas ancestrales performativas y la sociedad "huinca" (véase la nota 103).
[80] P. Coña, *op. cit.*, pág. 18.
[81] P. Coña, *op. cit.*, pág. 196.
[82] T. Guevara, *op. cit.*, 1911, pág. 108.
[83] T. Guevara, *op. cit.*, 1911, ág. 69.
[84] T. Guevara, *op. cit.*, 1911, págs. 23-24.
[85] P. Coña, *op. cit.*, págs. 132-133.
[86] P. Coña, *op. cit.*, pág. 189.
[87] P. Coña, *op. cit.*, pág. 190.

Scanned with CamScanner

Son supuestos centrados en la esfera de la problemática específicamente humana y en su devenir histórico. También tienen que ver con la conformación, y cambios, de la identidad social a partir de la experiencia común.

Ejemplos:

"La usurpación de las tierras es uno de los elementos centrales en la formación de la conciencia étnica del siglo xx. Independientemente de que las tierras usurpadas sean muchas o pocas (en cantidades) en la conciencia mapuche la usurpación ha afectado como elemento catalizador de su cultura (...)".[88]

"Melillan Juan Painemal sufrió mucho con los malones. Era cuando no tenía hijos; cuando tuvo muchos, pasó a ser respetado".[89]

"(...) esa tendencia a lo sagrado i májico alcanzaba a todas las instituciones que ocupaban la actividad del indio, a todas sus representaciones colectivas". [90]

Canto de Nahuelchén: "Hermano, mi querido hermano/vamos a Curamalal/vamos a sacar remedio de la piedra/entonces seremos valiente (...)".[91]

(Curamalal, en Argentina, parece ser un lugar protegido por seres sobrenaturales y donde se hacían ritos de iniciación guerrera, de pasaje a la niñez, a la adolescencia, etcétera).

Supuestos afectivos

Tienen que ver con los modos, culturalmente pautados, de expresión de los afectos; con las formas de vinculación interpersonal y con el impacto de la dinámica simbólica comunitaria en sus formas históricas de manifestación.

Ejemplos:

"Antes los mapuches tenían mucho apego a la chueca. Mediante este juego decidían a veces sus asuntos. Decían: 'Nosotros juzgamos que este asunto debe ser así; pero vosotros decís que no, al contrario. Haremos un palín; el asunto será conforme lo que diga el partido que gane'."[92]

"Así proseguían ellos sus peleas; casi nunca acababan los malones que hacían alternando el uno al otro; morían, y la pendencia seguía adelante lo mismo que antes. Si el finado dejaba hijo, éste, como herencia de su padre, continuaba con esta desgraciada pelea".[93]

"Como efecto de esta organización social, el sentimiento de la comunidad se manifestaba muy vivo entre los araucanos. El egoísmo

[88] J. Bengoa, *op. cit.*, pág. 377.
[89] T. Guevara, *op. cit.*, 1911, pág. 158.
[90] T. Guevara, *op. cit.*, 1911, pág. 314.
[91] J. Bengoa, *op. cit.*, pág. 103.
[92] P. Coña, *op. cit.*, pág. 29.
[93] P. Coña, *op. cit.*, pág. 135.

dentro de la familia se reputaba como acción denigrante i contraria al bienestar de todos (...)".[94]

"El tono que Trekemañ Mankelef da a esta canción es triste en todas sus frases hasta ser quejumbroso en algunas: llora él i los que lo escuchan".[95]

"En cualquier trabajo se acompañan las mujeres de un hombre polígamo y vivía en paz una con otra; si una daba a luz, las otras la asistían. Pero en lo íntimo de sus corazones guardaban celos y sufrimientos".[96]

"(...) de vez en cuando los hombres se ponían enérgicos y vendían los animales de sus mujeres aún en contra de la voluntad de ellas".[97]

El cambio sociocultural de la matriz de sustentación [98]

En la sociedad mapuche, la matriz de sustentación sufre cambios de raíz sociocultural. Se trata de un fenómeno complejo y dinámico, que se da a la luz de condiciones nuevas (sociopolíticas, institucionales, productivas, técnicas, etc.), generándose verdaderas reformulaciones conceptuales y prácticas que permiten, no obstante, mantener los ejes centrales que sustentan socialmente a las identidades culturales. Como resultado, la identidad se mantiene a partir del cambio.[99] En tal sentido, creemos que el pueblo mapuche posee una "estructura performativa",[100] es decir que "tiende a asimilarse a circunstancias contingentes, mientras que las prescriptivas asimilan, en cambio, las circunstancias a sí mismos, mediante una especie de negación de su carácter contingente o circunstancial (...) (en el orden performativo) los individuos pueden influir en esa organización para reconstruir sus condiciones sociales".

El pasado regional estuvo animado por una serie de contactos culturales sucesivos (para señalarlos en forma lineal y sobresimplificada: tehuelche y mapuche; mapuche y españoles; mapuche, criollos y europeos provenientes de la política inmigratoria de la década del '80 en el siglo pasado). Estos contactos imprimieron una dinámica caracterizada por la continua movilidad, tanto en las configuraciones socioinstitucionales como en los esquemas de comprensión del mundo (dimensión simbólica).

En realidad, según Casamiquela, la Patagonia, en general, es una región que ha sufrido constantes conmociones en su identidad por el

[94] T. Guevara, *op. cit.*, 1908, pág. 35.
[95] T. Guevara, *op. cit.*, 1911, pág. 110.
[96] P. Coña, *op. cit.*, pág. 193.
[97] P. Coña, *op. cit.*, pág. 192.
[98] Nuevamente, aquí, en el delineamiento social de la historia mapuche, seguimos a Bengoa (1985). Tampoco nos interesó, para esta presentación, la exactitud cronológica de los períodos.
[99] "En respuesta a las condiciones cambiantes de su existencia (...) *el orden cultural se reproduce a sí mismo en el cambio y como cambio* (...) La *estructura es un proceso*: un desarrollo dinámico de las categorías culturales y sus relaciones que corresponden a un sistema mundial de generación y regeneración. En su carácter de programa del proceso de la vida cultural, el sistema tiene una diacronía interna (estructural), temporal y cambiante por naturaleza (...)" (Sahlins, 1988, págs. 13 y 83) (las bastardillas son nuestras).
[100] M. Sahlins, *op. cit.*

Scanned with CamScanner

impacto de estos movimientos migratorios.

El pueblo mapuche se caracterizó por una importante movilidad espacial, sobre la cual asentó su estilo de vida y su organización socioinstitucional.[101]

El mapuche (chileno) recibió importantes influencias de otros sistemas socioculturales, pero, como el inca, fue, a su vez, promotor de profundas transformaciones, en su caso en el sur argentino.[102] El paradigma originario del pueblo mapuche tuvo al mismo tiempo una notable capacidad de cambio y de continuidad de la identidad cultural, identidad que hoy, también, se sigue renovando al compás de este tiempo y estas circunstancia.

Ello dio lugar a un rasgo de inestabilidad[103] que le confirió una sobresaliente flexibilidad cognoscitiva y, por ende, una forma positiva de adaptación sociocultural frente al impacto de la cultura blanca.[104, 105] Un sistema sociopolítico impuesto, que implicó una lucha de casi tres siglos, posibilitó, a la par, la transferencia interactiva de aspectos tecnológicos, cognoscitivos, cosmovisionales y efectivos. Es decir, dio lugar a algo así como un encuentro desigual de conocimientos en un campo compartido de prácticas, signado por el conflicto y la tensión (otra vez, la inestabilidad); pero también a un conjunto de acciones en donde ambos protagonistas ubicados en posiciones de complementariedad asimétrica, van dando lugar a un conocimiento y una práctica locales en un espacio social múltiple.

Entonces, en la conformación de esa matriz de sustentación podemos identificar un *"primer momento"* (según Bengoa desde el 500 o 600 a. de C.) en el que dicha matriz era ampliamente compartida por las familias, como una "estructura armónica" y elástica, consecuencia de un proceso de cambio cultural dado, en lo fundamental, por influencia incaica hacia el final de este período.

El *"segundo momento"* puede ubicarse en el siglo XVI. En el año 1546 se enfrentan, por primera vez, españoles y mapuche; es entonces que los mapuche empiezan a tomar elementos de la sociedad blanca. Su matriz de sustentación comienza, otra vez, un progresivo proceso de cambio, aunque sigue manteniéndose relativamente autónoma.

Un ejemplo interesante lo proporciona la paulatina incorporación del caballo, instrumento de la dominación española que es magistralmente apropiado por la cultura autóctona, dándose entonces un proceso de multivariación como el que estamos analizando.[106]

La sociedad mapuche ha pasado de ser recolectora-cazadora a ser

[101] P. Coña, *op. cit.*; T. Guevara, *op. cit.*, 1908 y 1911; J. Bengoa, *op. cit.*

[102] Rodolfo Casamiquela, *Estudios del Ngillatun y la religión araucana*, Bahía Blanca, Cuadernos del Sur, 1964.

[103] Lyotard (1988) curiosamente intenta justificar la condición postmoderna de la ciencia apelando a ese tipo de sistemas inestables. Recién ahora, desde el campo de la ciencia, se sostiene un modo de conceptualizar que tiene que ver con la incertidumbre. Como suele ocurrir, la ciencia debe superar sus propias dificultades para asomarse a un mundo que en buena medida ha pretendido que le fuera extraño y para aceptarlo.

[104] Dicho "impacto" se prolongó durante casi tres siglos, desde 1546 hasta 1831, cuando se establecen las primeras reducciones (Bengoa, 1985), y 1885, cuando se rinde el último cacique, Sayhueque.

[105] No nos detendremos aquí a examinarla en contextos de dependencia sociopolítica (cfr. Arrúe y Kalinsky, 1989).

[106] Según Félix Luna, el general Roca tuvo la misma perspectiva sobre esta cuestión:

ganadera mercantil, con expansión territorial, comercio, desarrollos técnicos, etcétera.

Estos cambios implicaron otros cambios profundos en los supuestos fundamentales que no estamos en condiciones de detallar; no obstante podemos indicar una de las condiciones de posibilidad de tales cambios: el enorme potencial de captación y elaboración, no sólo en cuanto a los marcos categoriales sino a la capacidad de absorberlos normativa y afectivamente, que les permitió gestar prácticas acordes.

Pero, por el otro lado, se acentúa la idea del blanco como "huinca", es decir, ladrón, ligado al proyecto de desmantelamiento político-ideológico que conllevó el proceso de colonización; a esto se suma el hecho de que durante la guerra de la independencia —proceso del que, en conjunto, los indios salieron perdedores— las diversas tribus tomaron parte por uno u otro bando.

En su transcurso, dicho proceso fue el centro de conflictos internos específicos en la sociedad mapuche; que, a pesar de todo, se mantuvo independiente del dominio español.

Siglo XVI

> "Con la ocupación española, particularmente en el último tercio del siglo XVI, la agricultura tomó entre los araucanos un impulso mayor i produjo, en consecuencia, una revolución en el orden económico i social, obrando sobre la constitución de la familia i multiplicando en consecuencia las intelijencias i las enerjías en la comunidad patriarcal".[107]
>
> "Desde que comenzaron a obtener monedas de plata, desde el siglo XVI, i tal vez iniciados por los españoles, aprendieron a fundir i moldear piezas de este metal".[108]
>
> "Desde el último tercio del siglo XVI, cuando las relaciones económicas se estendieron por el aumento de actividad i consiguientemente de producción, las transacciones comerciales comenzaron a ser más determinadas".[109]

"En la indolencia, que era la principal característica de esa chusma, tuvo mucho que ver el descubrimiento que hicieron del caballo. Si alguna vez existió una posibilidad de asimilación del indio a una vida menos inútil, ella desapareció en el momento que advirtieron que el temible cuadrúpedo a quien creían un solo cuerpo con el español, era un animal domesticable, montable, manejable. El caballo les permitió desplazarse con rapidez, atacar y desaparecer, arrear el ganado robado; fue el centro de su vida, su pasión, su orgullo. El librito de versos que escribió hace años José Hernández y que yo no he leído pero conozco de mentas, describe muy bien, según me dicen, lo que era un caballo para los indios del sur. El caballo los hizo irrecuperables. Así lo creí siempre, y actué en consecuencia. Su existencia colectiva era un obstáculo para el progreso argentino, y no actué en una forma distinta a la de los virreyes españoles, los gobiernos patrios, Rosas o Mitre. Pero como concluí drástica y definitivamente con el problema, me echarán la culpa de haberlos exterminado. ¡Pobrecitos! (...)" (Luna, 1989, pág. 99).

El estratega de la Conquista del Desierto parece resumir con igual destreza el significado del caballo para el mapuche. A pesar del abismo ideológico que lo separa no duda en reconocer este hecho.

[107] T. Guevara, *op. cit.*, 1908, pág. 85.

[108] T. Guevara, *op. cit.*, 1908, pág. 104.

[109] T. Guevara, *op. cit.*, 1908, pág. 180.

Scanned with CamScanner

En el siglo XIX se inicia la fase final del proceso de sometimiento que aún perdura.

"Aunque limitado, existía, pues un comercio efectivo desde el siglo XVIII. Creaba a las colectividades indíjenas nuevas mejores condicio-nes de existencia, establecía una comunicación más frecuente con la raza superior e impulsaba sus primeras tentativas artísticas e industria-les (...)"(sic).[110]

"A los mapuches nos gusta ponernos prendas de los españoles para ser respetados entre nuestros camaradas i para que los españoles vean que nos gusta la civilización".[111]

"El proceso de aprendizaje y adquisición de conocimiento fue rela-tivamente corto. Las huestes mapuches nunca descansaron ni se cruzaron de brazos para lamentar sus desgracias ante sus enemigos prepotentes y superior en armas de fuego: antes por el contrario, trataron y se esforzaron en ponerse en contacto directo con estos hombres desconocidos, invasores, en guerrillas que sostuvieron, deján-dose tomar presos fácilmente para conocerlos en sus intimidades.

Así el que caía preso era un espía verdadero que informaba con-tinuamente a sus hermanos sobre las novedades de los españoles, y los cambios que debían introducir, renovar o experimentar una nueva táctica que les permitiera hacer frente a estos nuevos hombres que habían llegado a sus tierras. El que mejor interpretó inteligentemente el afán y anhelo de renovación y superación fue el joven Lautaro, hijo del Lonko Leucatón; y el mejor que aprendió y conoció la verdadera situación de los españoles en su fuerza, capacidad y coraje y el que mejor descorrió el velo de la ignorancia sobre el caballo, haciendo distinguir el caballo del español, revelando que no formaban parte de un todo, sino que era un elemento muy útil a los españoles y que ellos eran tan vulnerables como cualquiera de ellos y los alentó que no les tuvieran miedo, al contrario que les quitaran sus caballos en las peleas".[112]

El año 1869 se indica como el fin de este período, ya que se produce el exterminio masivo del mapuche.

Aquí ya podemos anotar el impacto de esta situación de derrota histórica que, sorprendentemente, no implica una derrota sociocultural acorde.

Según Bengoa[113] los mapuche pasan a ser campesinos pobres, des-poseídos y marginales.

En lo que se refiere a la matriz de sustentación pueden indicarse dos rasgos que particularizan este momento: por un lado, la desorganización y, por el otro, un marcado solapamiento con otras matrices, como por ejemplo, la llamada "araucanización de las pampas" argentinas —que en términos generales, estaban pobladas por tribus tehuelches—, la españo-la, que ya había sido históricamente "encontrada", la correspondiente a los

[110] T. Guevara, *op. cit.*, 1908, pág. 183.
[111] T. Guevara, *op. cit.*, 1911, pág. 34.
[112] Alonqueo Piutrin, *Mapuche, ayer/hoy*. Chile, Imprenta y Editorial "San Francisco", Padre Las Casas, 1985, pág. 83.
[113] J. Bengoa, *op. cit.*, 1908.

grupos sustentadores del ideario de la independencia, etcétera.

Paralelamente, se da una bifurcación en cuanto a las políticas que las diversas tribus siguen frente al invasor triunfante: las políticas integracio-nistas y las que pretendían seguir manteniendo márgenes de autonomía (aquí tenemos el principio de lo que antes denominamos "blanquismo" y "aislacionismo").

Muchos caciques principales asumían, a fines del siglo pasado, deci-didas actitudes de integración así como de rechazo de su cultura. En una carta que Domingo Painevilu le escribe al Intendente en 1911, se puede ver esta posición con claridad: le pide al gobierno que acabe con las "machis" por ser parte del pasado ignorante.[114]

[114] La carta dice así:
"Maquehua, diciembre 9 de 1911.
Señor Intendente:
Domingo Painevilu, nombrado cacique de la reducción de Maquehua, en esta provincia de Cantin, me presento a US. como autoridad encargada por la lei, para resguardar la vida i bienestar de los habitantes de la provincia de su mando, para señalarle uno de los males que actualmente aflije a la población indíjena, no solo en mi reducción sino en todas las reducciones en jeneral, me refiero a la gran cantidad de 'machis' o adivinas que engañan a la jente ignorante i les hacen creer en brujos i toda suerte de patrañas; pero esto no sería nada si no llegara su influencia hasta el extremo de atentar a la vida i tranquilidad de sus hermanos, con su ignorancia. A medida que el trato social va ilustrando la masa del pueblo, i que nosotros, los indíjenas, vamos comprendiendo las ventajas de la civilización, vemos que muchas prácticas antiguas recibidas de nuestros antepasados, son evidentemente erróneas, otras ridículas i otras perniciosas, como por ejemplo la creencia en la virtud misteriosa de las 'machis' para adivinar los secretos del destino, i que todas las enfermedades son efecto del maleficio ejercido por tal o cual persona, a la cual nombran, dando lugar con esto a enemistades i venganzas injustas. Por otra parte, los remedios que dan tales médicas 'machis' son evidentemente fatales para el individuo al cual se aplica, porque es raro el caso que no termine con la muerte del paciente: ahora, por ejemplo, que hai tanta enfermedad de la viruela, recetan a veces agua con piedra de alumbre, infusión de cáscara de canelo o baños de agua fría; por manera que está muriendo mucha jente a causa de las disparatadas recetas que les aplican. Es por esta razón Señor Intendente, porque denuncio estos hechos para que US. interponga su autoridad o arbitre una medida cualquier para hacer que cese este pernicioso abuso i favorecer la vida de tantos indíjenas que sucumben víctimas de la ignorancia. Si US. penetrado por la gravedad del mal que dejo señalado, se dignara a ordenar una prohibición absoluta a estas curanderas de que no administren medicina bajo ningún pretesto, ni que practiquen el tremendo desatino que a veces se comete en los cadáveres haciendo la autopsia para rejistrar el 'calco' en las entrañas, haría US. un gran servicio a la humanidad i comprometería la gratitud de esta desgraciada población indíjena. Por de pronto, lo más práctico sería que US. mandara un vacunador, o varios a la vez con autorización bastante para que vacunen a grandes i chicos, i con esta medida se lograra atajar el mal o al menos mitigarlo en gran parte. Espero en la gran benevolencia de US. que ha de entender benignamente la petición que hago en beneficio de la población indíjena en jeneral.
Saluda a US. atentamente su S.S.
Domingo Painevilu"
Esta misiva es digna de un análisis pormenorizado.
Nos limitaremos a comentar algunos puntos.
Primero, ¡cuánto de comprensión penetrante sobre el origen de un nuevo mal del indígena (viruela) que lo devasta! ¡Y cuánto de sentido común en el pedir recursos del blanco para una enfermedad transmitida por él mismo!
Segundo, si bien bajo un discurso exaltado, el firmante sabe muy bien que las curadoras indígenas no tienen conocimiento de las enfermedades del blanco y que, por ende, son incapaces de curarlas. Recordemos aquí el año en que se registra esta carta.
Posteriormente, esta brecha comenzará a salvarse mediante las formas de articu-

Scanned with CamScanner

Finalmente aproximadamente a partir de 1881 comienza la relocalización.

"Entonces nuestros mayores disponían de terrenos sobrantes para criar wekwa, vacas y ovejas.

Después nos remataron los terrenos i nos dejaron apretados, en tan pocas hectáreas tantas familias.

Tuvimos que hacernos sembrados. Sembramos en particular trigo y cebada.

El trigo se vende en yerba (a plazos). Uno va i pide una cantidad de dinero en una bodega. Firma un papel i se compromete a entregarlo para la cosecha. Otros que no necesitan dinero lo depositan en las bodegas".[115]

"Los habitantes mapuches de la zona de Tromen a Cholchol son bastante trabajadores. Antiguamente peleaban, ahora trabajamos i queremos civilizarnos.

El gobierno de ahora, como el de otros tiempos, no hace nada por nosotros; i nos vamos concluyendo".[116]

"Debe suponerse que ha cesado por completo la intervención jurídica de los caciques, hasta en las querellas que se suscitan entre los miembros de la familia. Interviene como simple consejero, cuyas opiniones no tienen otro alcance que el de la manifestación del buen deseo.

Cuando surjen conflictos de carácter civil o criminal entre los individuos de distintas reducciones i aun entre los de una misma comunidad, concurren a la justicia ordinaria o el protector de indíjenas. Este funcionario dirime por lo regular las desintelijencias que se producen.

En calidad de amigable componedor, cita a las partes, las oye en comparendo, aconseja i resuelve la desavenencia de un modo equitativo".[117]

"Reducidos, pues, a pequeñas cavidades de terrenos, radicados por familias i con el sistema de comunidad, rompen su tradicional espíritu de cuerpo. Unidad i compañerismo para defender su propia conservación, individualmente hablando.

Los medios de subsistencia, cada día más difíciles i la natural multiplicación de los miembros de cada familia coloca a los unos frente a los otros.

Esta lucha por la vida, dadas las condiciones en que se efectúa i los nuevos factores que habrán de entrar en ella habrá de ser a muerte".[118]

"Por este desarrollo que ha tomado la propiedad personal, se va jeneralizando entre los indios el trabajo por separado. Todos los miembros de la comunidad familiar siembran aparte; hasta la madre, por el consumo anual, como sobrevivencia de la obligación de mantener al marido.

Venden también por separado el producto de la cosecha i cada uno entrega lo que debe a la casa compradora de trigo, según lo anotado en un documento firmado a ruego i garantido por un fiador".[119]

"Aparte de su sistema de dioses o de la multiplicidad de formas que asumen, existe otro Dios que es el de 'los chilenos'".[120]

"Machi es una cosa, curanderas puede haber muchas (...) Machi es una persona espiritual, con mucho poder... Hoy en día no hay, hay las que curan, las que dan remedios, nomás; por ahí hacen un remedio bueno, por ahí hacen un remedio malo, por ahí erran el remedio que tienen que dar.

El machitún es una cosa directamente... directamente; el machi que adivinó una enfermedad, una cosa, y enseguida... va a machitucar primero, o qué enfermedad tiene.

No, el machi hace directamente... A lo mejor yo estoy enferma, van a hablar a un machi, y ella me ve, ve qué está pasando; pero la gente no sabía nadie lo que está haciendo. Ahora, el remedio que dan las curanderas, hay algún remedio que cae bien para algunas personas y lo sana para siempre. El machi, es un trabajo de espíritu... El machi capaz no le dice a uno, lo dice directamente..."

(Reunión de investigación en San Martín de los Andes, 21/2/87).

Podemos poner punto final a estas reflexiones señalando dos aspectos que configuran una situación de verdadera encrucijada.

Por una parte, queda claro el gran potencial de cambio y de enriquecimiento de la matriz de sustentación del pueblo Mapuche: se superan configuraciones previas (ahora inservibles) y se vuelve a ganar flexibilidad; los límites simbólicos se hacen más lábiles y se dan nuevos intercambios al respecto; se construyen otras prácticas sociales, por ejemplo en el plano político y en el intercambio tecnológico de los sistemas médicos. Es cierto que todo esto no se da sin costos: indefinición de roles, pérdidas (formal) de autoridad de las instituciones tradicionales, crisis de una economía de subsistencia, persistencia de la campesinización.

Pero, por otra parte, esta apertura se reduce drásticamente por el fenómeno reduccional que convive y que, aunque en parte es dador de esta riqueza, cierra y empobrece.

"—Ud. dice, doña Carmen, que hay inquietudes respecto a que usted enseña a los blancos a hablar mapuche. ¿No quieren que los blancos sepamos?

—Los chicos ya no quieren hablar, porque tienen vergüenza; pero si ven a los blancos hablando, van a sacar esa vergüenza, y la directora

---

lación entre sistemas de salud que hemos intentado mostrar en el transcurso de este trabajo.

Tercero, ¿en qué medida este tipo de posiciones, complementadas con las más autonomistas, así como la constante tensión entre ellas, impulsaron y concretaron, la dinámica del cambio de la matriz de sustentación del pueblo mapuche en la era post-reduccional?

Con estas observaciones queremos señalar una vez más que las aproximaciones simplistas pueden hacernos quedar sólo en un rechazo ideológico.

[115] T. Guevara, *op. cit.*, 1911, pág. 142.
[116] T. Guevara, *op. cit.*, 1911, pág. 143.
[117] T. Guevara, *op. cit.*, 1911, pág. 197.
[118] T. Guevara, *op. cit.*, 1911, pág. 200.

[119] T. Guevara, *op. cit.*, 1911, pág. 203.
[120] E. Robles Rodríguez, *Costumbres y creencias araucanas*, Ediciones de la Universidad de Chile, 1942, pág. 81

Scanned with CamScanner

(de la escuela de la reserva) dice 'hablemos mapuche', y ella empezó a hablar en mapuche. Ahora los chicos, ¿sabe cómo están? No tienen vergüenza, están aprendiendo mucho.

—Entonces no todos plantean que el blanco no tiene que aprender.

—No, no. Nosotros no tenemos que hacerles caso, tenemos que seguir adelante...".

Una evaluación provisoria

En este apartado pretendemos poner a prueba la conceptualización de salud que hemos presentado[121] en el marco del proceso vivido por el conjunto de las personas vinculadas con la historia de Elisa. Nuesto objeto, por un lado, es delinear una evaluación y, por el otro, ver la utilidad de la definición como un posible instrumento teórico.

Desde ya, entendemos que un *proceso* involucra a todos los actores; por lo tanto, también nosotros formamos parte de la evaluación.

Como equipo sufrimos algunos cambios. Teníamos previamente idea de la necesidad de incorporar a nuestros abordajes aspectos no muy usuales (dimensión comunitaria, cultural, política, etc.), pero en el curso de nuestro trabajo esos aspectos se tornaron vitales en muchos sentidos.

La búsqueda de opciones habitualmente poco aprovechadas en el trabajo sanitario se vuelve perentoria cuando la actividad se desarrolla en el propio contexto; el rol del trabajador de salud cobra, entonces, nuevos contenidos al tomar en cuenta dimensiones que, aunque complementarias, son poco frecuentadas.

Esa complementación no sólo no desmerece su función, sino que, por el contrario, le permite la búsqueda de posibilidades personales, familiares y comunitarias, incluyendo la cooperación interrelacionada de los sistemas de salud locales. Las diferencias enriquecen: es posible acompañar la medicación con la dieta sugerida por la "médica" popular.

Pero muy pronto tropezamos con dificultades. Se planteó entonces la impostergable necesidad de trabajar fuera de los muros del hospital sin, por ello, dejar de utilizarlo. Además, necesitamos apelar al punto de vista individual para integrarlo rápidamente al familiar.

Se podría discutir acerca de la decisión de encarar un abordaje familiar, o de pareja en una situación que presentaba un serio deterioro relacional.

El punto que deseamos remarcar es que los abordajes en salud mental en el ámbito donde trabajamos no siempre se inician en situaciones ideales, más aún cuando se enfrentan problemas de gravedad.

Debemos tener presente que muchas veces ni siquiera existe la demanda; las razones son diversas, incluyendo el hecho de que dicha demanda todavía no está integrada a la cultura de amplios sectores de la

[121] La definición en cuestión es la siguiente: "Conceptualizamos la salud como un estado virtual, fundado en un proceso permanente y conflictivo de transformación individual, grupal, comunitaria e institucional, con connotaciones físicas, psicológicas, socioculturales y técnicas. Nos adscribimos, pues, a los enfoques dinámicos de la crisis como oportunidad de crecimiento potencial. Consecuentemente, la enfermedad estará dada por el bloqueo de este proceso de cambio, el cual tomará su forma según las distintas facetas ya enunciadas".

población local. Quizá podríamos hablar, en este momento histórico, de una demanda "difusa". Se trabaja pues con quienes se puede y a partir de allí, se tiende a ampliar las posibilidades.

Ahora bien, si pretendemos que el papel del trabajador de salud mental sea el de facilitar, de allí se infiere, rápidamente, la importancia de los cambios. ¿Es que para valorar como satisfactorio a un abordaje es necesario que los cambios se produzcan en un espacio y un tiempo determinados (sólo durante los abordajes)?

Sabemos que la realidad es mucho más matizada que una entrevista o un ciclo establecido de reuniones. No obstante, el cambio aparece también en este tiempo del enfoque (el cual ciertamente no está concluido) a nivel individual, con la superación al menos parcial de una situación de tremendo sufrimiento.

También es un cambio el hecho de que Elisa no necesite alucinar ni vincularse a través de la agresión física.

El delirio puede ser entendido, a veces, simplemente como un hecho coyuntural (pasó el tiempo del "brote"). Nos preocuparía que esta situación se prolongara porque tendríamos la certeza de que no se dio el proceso de transformación querido.

Recordemos que nosotros creemos que el síntoma surge como producto del bloqueo del proceso de transformación: Elisa no puede resolver su necesidad de cambio. Y, cuando hablamos de Elisa, lo hacemos de ella individualmente pero, además, como parte del grupo familiar y comunitario, con todas las implicaciones que esto tiene.

Entonces, el síntoma es el resultado de un obstáculo que frena el giro de un proceso, y permite que los grupos mencionados descarguen en un individuo determinado el peso del bloqueo.

El hecho de que oportunamente Elisa pudo formar su pareja, aun frente a una fuerte oposición materna, y de que ambos, Elisa e Ignacio, buscaran opciones diferentes a las que había en su lugar de origen nos indican que, en algún momento, Elisa pudo dar cuenta de sus necesidades. De repente, el no poder seguir con este proceso desencadena la oportunidad del síntoma.

También podemos ver a esta cuestión desde otro punto de vista, que es complementario del anterior: el síntoma como expresión de la necesidad de definir.

La migración está íntimamente ligada a esta búsqueda. Así, desde la perspectiva familiar, la definición de pareja cobra una dimensión crucial. Ignacio y Elisa establecen una relación que, en un principio, les ha resultado "sana"; pero pronto este vínculo parece perder parte de su sentido; ambos empiezan a buscar cosas nuevas; se produce entonces la crisis y una recomposición de la pareja. Luego hay una nueva migración y otra vez la crisis.

Si bien no deberíamos caer en el reduccionismo de linealizar "migración/crisis", ambas configuran, junto con otros factores, una constelación de profunda ruptura que está jugando, en forma decisiva, en este proceso.

Las familias de origen no son meras espectadoras; tienen mucho que ver en la producción de la crisis, pero también en su resolución. Y es muy diferente la función cumplida por cada uno de sus integrantes en los distintos momentos y espacios.

Observamos qué diferente es la imagen de la tía-curadora en la primera

Scanned with CamScanner

etapa del proceso con respecto a la segunda.

La transformación de la madre de Elisa implica la flexibilización de su opinión respecto de la patrilocalidad. Recordemos que, en un principio, no acepta la permanencia de Elisa en su casa, porque ya era casada; por eso debía estar en la casa de sus suegros. ¡Cuánto de diferente hay, entonces, en la doña Casimira que rechaza a Elisa y la que, casi al fin de nuestra inconclusa historia, nos dice que le recordemos a su hija que ella la está esperando!

¡Qué contradictorio se nos presenta el papel de la pareja Manquilef que, en un momento especialmente delicado, no titubea en ofrecer un espacio en su hogar a la que había sido la mujer de su hijo, aunque, a la vez y después, le enrostre el "abandono" de su nieta, Estela!

Como toda mujer separada que regresa a la Agrupación, Elisa no pudo incluirse en relación con un hombre, como debía. En tal sentido, la situación era más que comprometida. Además, no tenía una habilidad especial que pudiera haberla jerarquizado a su regreso; por el contrario, su particularidad inducía al rechazo: era "trastornada".

Aquí cabe recordar que en la Agrupación tanto el casamiento como la maternidad son fuente de reconocimiento social; en este sentido, Elisa estaba en débito tanto por su separación como por el "abandono" de su hija. Por ello, la función visible de Elisa consistió en acompañar a las mujeres viejas (sobre todo a su suegra), a la vez "abandonadas" por los hombres viejos.

Y de Ignacio ni hablemos. Capaz de los mayores sacrificios en nombre de dios, y a la vez tan intransigente (o al menos así lo muestra) respecto de la tenencia de Estela. Pero el cambio, sin duda, también ha sido de él: como autor y como receptor. Alterna su oficio de criancero con el de diariero y se vuelve brillante compañero de Elisa en su última (hasta ahora) internación, soportando violencia, respondiendo con humildad a las descalificaciones, derribando un álamo con el cuchillo para ayudar a la curación de su esposa.

Pero, como siempre, dada la subjetividad del observador, lo que para uno es cambio, para el otro es nimiedad. De todos modos, creemos que no podemos ignorar el cambio en los aspectos recién expuestos.

Con respecto a la relación entre curadores de los sistemas médicos locales, este proceso ha servido para renovar vínculos, aunque algunos que parecían prometedores sufrieron cierto desdibujamiento. Esto era bastante previsible, dada la difícil tarea de unir en una misma persona los roles de familiar y curador. Prueba independiente de ello es que, en otros "casos", la respuesta de dicha curadora fue siempre muy buena. Por eso, no queremos generalizar.

Desde el punto de vista del abordaje conjunto, queda claro que en la primera etapa resalta la coordinación de la "médica" popular, más conocedora no solamente del lugar sino de las familias.

Asimismo, caben destacar los acuerdos que se van logrando entre curadores populares, ante la presencia (o no) de demandas explícitas. También se reafirmó el lazo con las otras dos curadoras populares, que pudieron dar, cada una a su momento, una mano importante a los sufrientes.

En lo que respecta al equipo oficial, el agente sanitario se movió con mucha prudencia y atención, evaluando ajustadamente los pormenores. La posibilidad de evolucionar en terreno, tarea de rutina del agente sanitario,

se cumplió en forma acabada, reafirmándose, así, uno de los aspectos fundamentales de la Atención Primaria de la Salud: el control de la medicación, el apoyo individual y familiar, el pedido ante una emergencia, están a cargo de un agente no profesional, pero altamente capacitado. Esta tarea se complementa con visitas médicas periódicas, para seguir el proceso.

El resto del equipo, incluyendo el médico, acompañó el proceso con vaivenes pronunciados pero enriquecedores.

Respecto de la institución hospitalaria, al principio el rechazo y el miedo fueron la regla. Sin duda, la institución se había hecho eco de la situación. Pero pronto se produce un reacomodamiento, incluso en plena crisis de Elisa. Esto se evidencia en la progresiva disminución —hasta desaparecer— de las llamadas a la guardia pasiva de salud mental. En el inicio, un grito de Elisa o una salida al pasillo eran razón más que suficiente para llamar al médico a cargo, con el agregado de los consabidos "éste no es un lugar para locos", o "ya vas a ver si mata a alguien".

Pero, después, está la enfermera que le enseña a bordar, otra enfermera que le da conversación, el médico de guardia que se pregunta por la medicación que podría usar en el caso de que se descompensara, y así. La posibilidad de crear nuevas maneras de ayudar tiene que ver, sin duda, con la calidad institucional.

Sin embargo, no debemos dejar de mencionar una cierta turbulencia en la comunicación entre los miembros de los equipos de Neuquén y San Martín de los Andes.

Elisa regresa, por segunda vez, a la zona, en una ambulancia, acompañada de Ignacio, pero sin el conocimiento del equipo local, quizá porque en Neuquén habían dado por superada la crisis; aunque esto último no se compadece con el relato que hizo Ignacio acerca de que el motivo del traslado era conseguir la autorización de los padres de Elisa para internarla en un manicomio. Luego, esta situación pudo revisarse, lo que implicó un aporte importante a la salud institucional.

La redistribución del problema fue lograda parcialmente. Pero, como uno de sus resultados, la familia descartó la posibilidad manicomial. Ignacio pudo, también, entenderse con sus dificultades aceptando incluso, aunque al principio a regañadientes, una internación conjunta. La necesidad de la búsqueda de opciones sólo podía darse con el acuerdo de la pareja, lo cual está muy relacionado con la percepción del mal que alcanzaron Elisa e Ignacio y que, a su vez, surge de un diagnóstico familiar.

Es significativo el hecho de que la contención de Elisa en crisis cambia cualitativamente antes y después de la internación junto a su esposo. Hasta ese momento, la enferma era Elisa y recibía indicaciones de buena o mala gana. Después, ambos son actores de un búsqueda que, por momentos, fue patética. De una redistribución de los problemas (de las patologías) se llega a la potenciación de las posibilitadas. Este pasaje se expresa, en lo esencial, en hechos cotidianos durante la internación: Elisa ceba mate a Ignacio, y éste puede decir, en un momento, que la necesita. Y no sólo por el mate. Si alguno de los dos no puede dormir, Ignacio lee la biblia. Ambos salen mucho del hospital: para pasear o para visitar a la "médica".

Desde el ángulo comunitario, el grupo de mujeres testigo de la crisis de Elisa y, a la vez, víctima de su agresión en la escuela del paraje, después puede integrarla como un miembro más, si bien transitorio.

Scanned with CamScanner

Desde el punto de vista del paraje, la situación denuncia la necesidad de modificaciones comunitarias: la generación de empleo, la definición del problema de la tenencia de la tierra y del reconocimiento de los derechos de una minoría, etcétera.

Ello se vincula, muy directamente, con el nivel estructural. Pero hay microniveles particularizados que pueden ir, de alguna manera, creando no sólo la conciencia, sino también el compromiso personal para el cambio: el grupo de mujeres de costura que ofrece y busca opciones, y no sólo individuales; la Agrupación que, manteniendo núcleos básicos de su identidad, comienza a cuestionar y que también recibe, en alguna medida, respuesta, si bien insuficiente o con metodología poco adecuada.

Sin duda, la macroestructura está presente, iluminando todos los otros elementos en cuestión.

Finalmente, pensamos que uno de los cierres tentativos de esta historia tiene que ver con la toma de una decisión, por parte de Elisa e Ignacio, respecto de la situación de Estela, la hija. La decisión tardó en llegar, pero finalmente suponemos que con grandes interrogantes el paso fue dado: Estela queda con la familia adoptante. En tal sentido, creemos en la importancia decisiva de esta definición, en cuanto supera positivamente una situación previa dominada por un patrón de ambigüedad en la relación de Elisa y sus familiares. Estela es su única hija viva.

Ignacio y Segura por un lado, critican a Elisa por una presunta actitud de abandono para con su hija. Resalta la aspereza con que desestiman su maternidad. Pero también hay que subrayar la flexibilidad mostrada por ellos mismos al lograr una reversión de su perspectiva que les permite compartir, al menos transitoriamente, los puntos de vista de quienes trataban de ayudarlos;[12] en el caso del médico, aceptan la internación conjunta, la medicación, la distribución de las dificultades, etcétera.

Finalmente, dan a Estela al cuidado de una familia que, en apariencia, se va a Buenos Aires.

Cabe aclarar que, al parecer, no se hicieron trámites de adopción; se trató, más bien, de un "regalo", o quizá de un "préstamo". Nosotros no llegamos a conocer a Estela; por lo tanto, poco podemos decir sobre qué piensa y dice. Sin embargo, hubo algunos comentarios de Ignacio a las enfermeras del hospital de Neuquén, que llegaron a nosotros en forma muy fragmentaria, según los cuales parecería que Estela conocía, y quería, a los "nuevos" padres, y viceversa. De cualquier forma, es claro que no podemos formular teoría desde la perspectiva de Estela.

Como la familia intentó "ocultar" este hecho al médico —no sabemos cuál fue la actitud frente a las curadoras populares—, se generó una situación particularmente trabada, que hace que el médico, y aun el agente sanitario, tengan una información inconsistente, inconexa y, muchas veces, terapéuticamente poco útil. No descartamos la posibilidad de una representación familiar del médico como figura proveniente de un mundo peligroso (lo 'huinca'–lo legal). Se da, entonces, como un "efecto de amplificación" de las dificultades propias del contexto: a las distancias geográficas, al pasaje urbano/rural-reserva, a la parquedad del diálogo del mapuche actual en relación con el blanco, se suma un discurso familiar que imprime una

[12] M.R. Bion, *Elementos de psicoanálisis*, Buenos Aires, Hormé, 1966.

fundamental ambigüedad a la información, que resulta difícil de contrastar en forma independiente; un poco, debido a los obstáculos recién enumerados pero, en gran parte: porque todos fueron "víctimas" de ella. Aun cuando, como dijimos, no sepamos con certeza si los curadores populares conocieron la situación real de Estela antes que el médico, nos parece difícil que hayan podido "escapar" de la ambigüedad de estas familias, al menos, con respecto a los ajenos.

Entonces, aunque el médico logra que ellos compartan los términos desde donde se siente capaz de ayudar, no puede convertirse en el referente cognoscitivo "independiente" que Elisa, muchas veces, reclamó: sencillamente porque esta opción no entraba en su espectro de posibilidades.

Por ejemplo, para constatar si Estela estaba con una tía paterna se hacía necesario un traslado a Neuquén. Calquín dista aproximadamente 300 km de San Martín de los Andes. La distancia entre ésta última localidad y Neuquén es de aproximadamente 400 km. Por su lado, el suburbio de Neuquén es sumamente extendido, y en la historia clínica del hospital de Neuquén figuraba, en su momento, una dirección que después de varias horas de búsqueda no pudo hallarse.

La vez que se encontró a Ignacio en el área urbana de Neuquén, se fijó de común acuerdo una reunión para el día siguiente para que el médico pudiera visitarlos; pero Ignacio no concurrió. Y así de seguido.

En consecuencia, aun cuando se hubiera planteado la hipótesis de la existencia de una "confabulación" familiar alrededor del tema de Estela, en ese momento no se la hubiera podido desbaratar por la deficiencia en uno de los principales recursos terapéuticos que, en este contexto, se volvió más exigente y, a la vez, escaso: la información.

Una segunda cuestión que queremos remarcar se refiere a "Elisa como sujeto cognoscente". Es claro que para plantearla nos aventuramos, de vuelta, en el universo de las hipótesis; y como tal ha de entenderse lo que sigue.

La vida de Elisa parece haberse eternizado en el constante desafío a los mandatos. De los que conocemos, podemos señalar, en primer lugar, el desafío de su no-ida temprana a la casa de su tía Celestina (aunque más tarde parece haberlo cumplido transitoriamente); si bien no tenemos "las pruebas", al menos con Elisa parece haberse roto el patrón familiar seguido con el resto de los hermanos. (La pregunta que queda sin respuesta es por qué/para qué se revierte la "regla".)

Un segundo desafío es al deseo materno, esta vez explícito, de que no formara pareja con Ignacio. Después, se enfrenta a su deseo de que no migraran a Neuquén (¿por qué/para qué se reafirma una inversión del mandato previo, es decir, no-irse?).

Finalmente, es un desafío al mandato la "decisión" de su familia política (esposo/suegra) sobre su supuesta incapacidad para criar a la hija.

Respecto de su vuelta a la reserva, quizás Elisa también debe pagar el precio de la restricción de un regreso socialmente impugnado, desobedeciendo el "no-volver si ya se fue", precio que se suma al propio de la inmovilidad a la que es condenada cuando su hija es dada a otra familia, inmovilidad que logra superar bastante más tarde. ¿Cuál es la correspondencia entre estos mandatos? ¿Y hasta qué punto son *todos* desafiables?

No nos cabe duda de que Elisa conocía cuál había sido el destino de su hija. Tampoco dudamos respecto de cuál fue la fuente informativa de

Scanned with CamScanner

Elisa: su propia familia.

Ya es bastante conocido, desde que se expusieron los efectos psicológicos del uso de la paradoja en la comunicación humana, que ella se da en los grupos en distintos niveles y que lo que se dice en un nivel puede desestimarse en el otro, entre personas afectivamente significativas y a través del tiempo, con la imposibilidad de denunciar la situación o escaparse de ella ("doble vínculo", según Bateson).[23]

No podemos arriesgar una especificación de los contenidos al respecto; pero sí creemos que el mismo patrón de ambigüedad que las familias mantuvieron con "los de afuera" es continuado, seguramente en otra versión, en "el adentro"; por lo tanto, todos, sin excepción, fueron sus productores y sus víctimas.

Esto toma un cariz dramático en el caso de Elisa.

Si bien ella logra elaborar una "teoría de corto alcance" sobre el destino de su hija, que *ciertamente era correcta* en tanto disponía de información proporcionada por su familia, es posible que, dada la ambigüedad planteada, no pudiera ponerla *debidamente* a prueba en los otros niveles de la comunicación familiar, fracasando, entonces, al respecto.

Elisa contribuye a este patrón familiar de dos formas fundamentalmente opuestas: en sus momentos de "cordura" es parte indubitable del silencio/ambigüedad; pero, en sus delirios, alcanza un momento de lucidez (aterradora) en los cuales dice (y, muchas veces, a gritos) lo que el "secreto a voces" le impide en sus períodos de "normalidad".

De paso, es interesante consignar el hecho de que, cuando escuchábamos grabaciones (muchas veces, con la colaboración de oyentes "externos") nos deteníamos, demasiado a menudo, en el contexto paralingüístico de Elisa (el tono de su voz, las dificultades para entender lo que decía, etc.); pero con "sorpresa" hoy descubrimos que cuando se lograba comprender el texto de su delirio, tampoco nosotros estábamos, en realidad, escuchándola.

Esto debería hacernos reflexionar sobre dos cuestiones: la primera, la tendencia selectiva al hablar y escuchar; la segunda, esta misma tendencia se ve intensificada en el caso de un "loco". Creemos que aquí subyace una hipótesis (errónea) de que tal tipo de discurso tiene una raíz fundamentalmente "a-empírica".

Ello hizo que, lamentablemente, "Elisa en su delirio" no pudiera estar en condiciones de hacer confirmaciones separadas de su familia, en el mundo de los "sanos".

Y es en este contexto en que debe entenderse la magnitud del alcance del consenso familiar sobre sus "aptitudes" maternales. No hay dudas de que ese punto de vista familiar es el resultado legítimo de la evaluación que hicieron de ciertos hechos en los que fundamentaron el acuerdo.

Entre lo que tenemos registrado, un parlamento de doña Segura, suegra de Elisa, resulta tan sobrecogedor como definitivo:

"Me encontró con un sentimiento que me hizo llorar (...) yo siento a mi hijo. Esta chica llegó nomás acá. Y yo le dije que se quede de lástima. No

[23] G. Bateson y colaboradores, "Hacia una teoría de la esquizofrenia, en D. Jackson (comp.), *Comunicación, familia y matrimonio*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1984 (1ª edición en inglés, 1968)

pensaba que iba a andar así. A la nena la dejo en la tierra, llorando mi criatura. Si la llegaba a dejar en la cama, se caía. Después se quedó dormida. Calladita, lloraba. A los dos días, suspiraba (...) Yo sola estaba (...) Ni tenía el sentimiento de los animales (...) Por más que esté enferma, una madre es una madre".

No cabe duda de que la familia intenta dar una respuesta *justa* a lo que considera una situación insostenible, por la inestabilidad de no sólo Elisa sino, también, del propio vínculo con Ignacio. Y lo hace propiciando un alejamiento (¿definitivo?) entre Elisa y su hija. Entonces, ya no es ella la que se impide hacerse cargo de Estela sino que es la misma familia, una situación iniciada quizá por Elisa se cristaliza por obra de la familia extensa. Otra vez, ya no es sólo Elisa la víctima indiscriminada.

En Elisa se plantean entonces dos problemas graves.

Por un lado, debe afrontar una situación que seguramente resultaba incompatible con los modos de representación del mundo que, por cierto, la incluyen.

Debe volver a la reserva, pero en clara desventaja: sin marido y sin ninguno de sus hijos, otra vez, desafiando una regla social, quizá con una mezcla de fracaso, impotencia y miedo a la reprobación comunal por no haber cumplido debidamente con el destino socialmente esperado (y, muy probablemente, esperado por ella misma). ¿Ayudó esta situación a impulsarla otra vez a Neuquén?

La falta de su hija viva se acerca a una situación de muerte, pero a la que se agrega la incógnita sobre su futuro, su bienestar, etcétera. Un duelo más para Elisa, pero que no puede concluir porque sabe que la historia continúa. Situación, por cierto, abrumadora.

Por otro lado, es muy posible que la información que, correctamente, tenía Elisa sobre su hija fuera afectivamente mal acogida por ella.

Por lo tanto, Elisa se vio en la imposibilidad de evaluar y planificar adecuadamente sobre este episodio y sobre parte de su vida en general, de acuerdo con el estado de cosas correcto pero no confirmable en *todos* los niveles de comunicación familiar y extrafamiliar.

Estas inhibiciones conducen, con cierta certeza, a formas lentas incompletas e imprecisas del procesamiento de la información,[24] con las cuales debió convivir un período prolongado.

Sin embargo, y esto no fue reconocido a su tiempo, como ya dijimos, Elisa hace importantes esbozos de cursos de acción posibles: viajar a Buenos Aires, recurrir al juzgado, etcétera.

Elisa fue en busca de su familia de origen; pero, al mismo tiempo, se negó obstinadamente a abandonar el conocimiento que poseía sobre su hija, con lo cual armó, sin querer, una situación dilemática: la familia no le podía proporcionar toda la ayuda pedida por Elisa (seguramente, le dio "otra" ayuda) en tanto era, justamente, la fuente de la distorsión.

Nos parece que Elisa confiaba, por un lado, en que lograría finalmente compadecer su situación con las otras piezas del rompecabezas familiar. Al mismo tiempo, frente a la inestabilidad de su relación con Ignacio intentaría encontrar refugio en vínculos "más seguros", aunque esta seguridad representara, en el fondo, el origen de la imposibilidad.

[24] J. Bowlby, *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*, Buenos Aires, Paidós, 1985 (1ª edición en inglés, 1980).

Scanned with CamScanner

¿Es que Elisa sólo pudo seguir diciendo "su versión" (correcta) de los hechos en tanto estuviera (o tan sólo se comportara, como ella misma lo dice) como loca?

No sabemos si la "locura" fue la única opción posible al alcance de Elisa. Sabemos que es la que encontró. ¿Temporariamente?

Esta historia continúa. Le dámos un punto final arbitrario. Elisa murió hace poco y en su memoria estamos tratando de reconstruir un tiempo, su último tiempo. Entre tanto, nos consideramos en deuda, con ustedes, con Elisa, con nosotros mismos.

Epílogo: "Los lugares y la gente de la tierra"

Nguillatún

"Por piedras y cañadones
por vallecitos y grietas,
atropellé la meseta
mesmo que los ventarrones.
Fui a conocer tradiciones
que son más viejas que el truco
y allá, en Mallín Macuco,
para que Dios los escuche
se alistaban los mapuches
pa'empezar el nguillatún.

Formando una media luna
todos los toldos están
y comparten fuego y pan
ante un Dios que los acuna.
Los más viejos por fortuna
dirigen la rogativa
y en su lengua origina!
piden pasto y un buen año
a alguien que mira de arriba.

Yo no sé con qué pintura
pintan a dos caballitos
que montan dos mapuchitos
de regular estatura.
Ellos son las dos figuras
que han de llevar la bandera
y forman la cabecera
ante un grupo de jinetes
que al galope de sus fletes
dan vueltas y vueltas enteras.

Allá en la noche el rumor
de aquella fiesta cerril
y cada fuego es candil
que refleja algún menuco
donde existe el nguillatún
de aquel cacique Caitrún".

Recopilado por Roberto Castillo,
agente sanitario, San Martín de los Andes.

El universo mapuche

Sólo a través de los dioses el equilibrio es posible: las personas ("che") en la tierra ("mapu"), y las almas de los antiguos y los dioses en el cielo ("wenu-mapu").

El hombre, producto del vínculo del cuerpo, alma y grupo, vive para el cuidado de la tierra confiada por "Nguenechén" (Dios supremo).

El "machi", sacerdote y médico tradicional, es el intérprete ante las personas de los dioses.

En la tierra se expresa el sentido de la vida, en su tránsito hacia la muerte, cuando el alma se va del cuerpo.

Y la esperanza y el dolor aparecen en los sonidos que el "machi" arranca

al "kultrún" (tambor ritual). En su parche están señalados el este, donde nace el sol, el lugar de la vida, y el oeste, donde se recuesta, el de la muerte. Y donde se unen, es el espacio de la gente. De pronto aparece otro hombre: el "huinca", y la amenaza; y la resistencia, durante cientos de años, que aún persiste a pesar de la derrota.

Y el ayer exige la construcción de una historia, fundamento del mañana. Ardua tarea para un presente de confusión y despojo.

Y siempre el grupo, los familiares, el rebaño, el viento, el polvo, construyendo esa historia distinta de la que se enseña en las escuelas, contada por los veteranos alrededor de los fogones alimentados con estiércol seco y alguna que otra rama de álamo o sauce. Es la historia que se expresa en el "nguillatún" (rogativa periódica), que se canta en el "tayil" (canto mapuche), que se reza en el "machitún" (curación tradicional).

Pero este universo se sigue haciendo también en lo cotidiano. Con modos diversos, quizá porque todo ha cambiado tanto...

"Nguenechén" lo comprende también el "Pillán" (dios del trueno que se aloja en los volcanes) y las personas.

En el "Nguillatún" las personas se reúnen para rogar por la paz, buena salud, pasturas y pariciones. Y es el reencuentro: de los vecinos, de los que se fueron a los pueblos cercanos, o a las grandes ciudades, de los viejos que se quedan, de los jóvenes que buscan trabajo lejos, de los niños que siguen cuidando los rebaños y de los que se fueron a estudiar en los colegios internados religiosos, de los que trabajan en las estancias y de los que hacen changas en la ciudad.

Y todos juntos, como ayer, levantan los alojamientos temporarios para las familias que participan de la ceremonia. Y preparan las provisiones y la chicha. Pero, sobre todo, construyen el "rehue" (altar) que es el exacto lugar donde cada hombre de la tierra encuentra su espacio, donde se juntan el este y el oeste, el lugar donde el "machi" habla con "Nguenechén".

La ceremonia es a pleno campo. A "Nguenechén" parece que le quedan chicas las iglesias "huincas". Y durante los días que dura la rogativa, las familias se alojan en las ramadas (chozas de ramas), que se disponen en forma de media luna hacia el este. Se ofrece el corazón de los animales a "Nguenechén", asperjando el suelo del ritual con sangre y chicha. El "machi" arranca al "kultrún" los sones fundamentales, que acompañan el canto, y a los bailarines que interpretan la danza del "choike" (avestruz). Todo esto es necesario para honrar a "Nguenechén". También el "ahuín" (vuelta de los jinetes a todo galope) donde con gritos ahuyentan al "huekufú" (fuerza del mal).

Y a la tardecita, las ramadas son escenario de los saludos, obsequios, pero sobre todo de la elaboración de la historia. Y los "peñi" (hermanos) escuchan de los veteranos las narraciones del diluvio, de gente que se transformó en ríos, de los combates de Sayhueque y sus bravos, del fundador del linaje, de sus esposas e hijos, de las hazañas de los guerreros, de la gracia de las mujeres y, sobre todo, de los antiguos: qué hacían, qué pensaban, qué sentían.

Y los nuevos modos de recrear la historia. Porque ahora está el blanco. Ya no es suficiente la decisión del cacique o el consejo de los ancianos. De pronto, es fundamental lo que dicen los de la ciudad. Esos señores, mandados de otros poderosos y lejanos; los que despojaron y amontonaron los derrotados en los peores lugares. Los que se repartieron las tierras de

Scanned with CamScanner

"Nguenechén". La mejor parte fue para los que dieron las influencias y el oro, no tanto para los que arriesgaron sus vidas en las campañas conquistadoras.

Campañas del rémington, pero también del aguardiente y de las enfermedades nuevas, contra las que poco pudieron la lanza y la bravura de la "gente de la tierra", que aceptaron la rendición para evitar el exterminio.

Y como símbolo quedó el alambre, que aún no pudo parcelar el "wenumapu", aunque fue arrinconando a la "gente de la tierra". Era necesario, según parece, que las estancias fueran cada vez más grandes, y las reservas cada vez más chicas. Corridas de alambrado, que le dicen.

Así aparece la necesidad del desgarro, del irse. Al pueblo vecino, o a las grandes ciudades. Pero siempre en las márgenes, aunque siempre buscando la esperanza.

El hombre de la tierra en el asfalto, por falta de tierra.

El paraje

Se nota el contraste de la zona de los lagos, al sur de la provincia, camino a Zapala. La montaña boscosa, con el verde de siempre de sus pinos, matizado por el fuego y el oro del otoño, cede paso bruscamente a la meseta, con su profunda soledad.

Aparecen los cerros Catan-Lil, Chachil, Media Luna, recortando sus figuras en el horizonte. El río Catan-Lil serpentea en el desierto proponiendo la diversidad.

Las avestruces, algunos guanacos, liebres y los infaltables jotes (aves de rapiña) confraternizan con los rebaños de lanares de los crianceros y las vacas de las estancias.

Sólo el neneo y el calafate (arbustos) compiten con el desierto (¿o son parte de él?).

Y los álamos, al lado de las vertientes siempre escasas, denuncian desde lejos la presencia del protagonista, del hombre de la tierra, mapuche, junto al viento y el polvo, sus compañeros de paisaje.

Y también como el neneo y el álamo, para poder enfrentar al viento y la erosión, el hombre de la tierra echa profundas raíces en su suelo. Conflictiva relación esta con la tierra, que atrae y expulsa a su hombre.

En la historia de las personas, las casas son un elemento estructurante, algo así como el universo en un espacio íntimo, que no sólo protege. En las casas se nace, se vive, se muere (con suerte).

Tradicionalmente construida por los integrantes de la tribu, la "ruca" (casa familiar) mapuche es el fruto de la solidaridad. La necesidad aparecía con la nueva esposa, o el hijo que formaba familia. El "dueño" llamaba a un vecino caracterizado que lo representaba. Este, a su vez, convocaba al resto de la gente de la agrupación para el "mingaco" (tarea colectiva).

El "mingaco" de levantar la casa es el "rucán".

Tenía una sola entrada, sin trabas, que miraba al este.

La tarea se acompañaba de comidas copiosas, a cargo del "dueño", y siempre terminaba con la borrachera de todos. Era la alegría por la tarea realizada. Y el deseo de felicidad para los futuros ocupantes. Y la "ruca" sigue siendo el lugar del encuentro. La antigua, la de las épocas de la transhumancia, era hecha de cuero para facilitar el transporte; la actual, la

de los tiempos sedentarios, es de paredes de adobe, mezcla de barro y paja, piso de tierra, que conserva el calor, mucho más si está por debajo del nivel del suelo; el techo es de carrizo, jarilla o coirón (vegetales de la zona); tiene aberturas chicas para que entren la luz y el aire. Es que en invierno suele hacer mucho frío.

La casa es de una sola pieza grande. A veces varias casas, una al lado de la otra de acuerdo a las necesidades: la cantidad de esposas, la de hijos. O cuando forman familia los varones.

Pocos muebles. Camas de madera y cuero. Una caja para las pilchas. Una mesa. Algunos tranquitos con cueros de lanar alrededor del fogón, ostentoso nombre para una simple chapa en el medio del cuarto. A veces, un tacho, y en oportunidades hasta la clásica cocina "económica", aunque no tanto porque debe ser alimentada a leña, siempre escasa. Por suerte, la bosta seca de animales puede suplirla. El humo del interior sale por un caño que oficia de tiraje, cuando funciona. No siempre es así, como lo certifican los ojos de los moradores.

Con el tiempo, se agregó el pozo en los alrededores de la casa, cercado con lo suficiente como para preservar la intimidad.

Las matas de las cercanías se siguen utilizando, sobre todo de noche. El tiempo trajo cambios: los techos suelen ser de chapas de cartón, las paredes de adentro pueden estar cubiertas con páginas de revistas a todo color, luego ennegrecidas por el hollín, con santos, con almanaques donde predominan las señoritas desvestidas o imponentes mansiones.

Alrededor del domicilio hay algunas aves y los infaltables perros... Unos y otros se meten dentro de la vivienda.

Al lado de la casa principal se suele construir otra, más pequeña: cocina y depósito.

La huerta se hace en los lugares donde el agua alcanza, es decir, en algunas pocas casas cuyos felices habitantes son vecinos de alguna vertiente; sobre todo si es de las que no se secan en verano.

Los árboles que predominan son los álamos. Siempre alrededor de las casas. Ellos se convierten en verdaderas barreras contra el viento cuando sus ramas se pueblan y, sabiamente despojados de éstas, en el invierno dejan pasar los rayos del sol, el poncho de los pobres, como decía el poeta.

Cerca de los pocos arroyos se alzan los sauces. Y hasta podemos disfrutar de algún frutal en el verano.

El pasto verdea solamente en aquellos lugares que están fuera del alcance de los rebaños de chivos y ovejas. Protagonistas de la vida de los pobladores, arrancan las matas de la estepa durante toda la jornada y, de noche, se acercan a las casas para habitar los corrales construidos pacientemente con las piedras del paisaje.

Pero también hay otras casas. Son las de la veranada. Veranada es el lugar cordillerano donde pastorean los animales de la época de los calores. Porque en el invierno están cubiertas de nieve. Las casas de la veranada son patéticas en su precariedad: están hechas de ramas de arbustos y alguna que otra chapa, sostenidas con algunos troncos. A ellas acceden las familias luego de una travesía dificultosa. Como dificultosa es su permanencia. Pero los animales bien valen el sacrificio. Además, no por ser precarias dejan de ser, también, el lugar del encuentro.

Cuarenta familias viven en el paraje Calquín, agrupación indígena del departamento de Catan-Lil; esas familias representan poco más de doscien-

Scanned with CamScanner

tos pobladores, casi todos niños y ancianos. Su número ha sido el mismo desde hace muchos años; quizá porque son pocos los jóvenes que pueden quedarse. Cacique, segundo cacique, secretario, tesorero y capitanejos siguen siendo responsables de los vivos. Los difuntos, por su parte, descansan en el "chenque" (cementerio mapuche).

Los antiguos realizaban el entierro en dos tiempos. Primero, y cerca de la casa, el cadáver se colocaba en una cama de estacas y cueros de lanar, tapado con trapos negros, porque el alma seguía rondando la casa del difunto durante un tiempo. De alguna manera, el cuerpo no abandona el lugar hasta que el alma se anima a recorrer el camino de "wenu-mapu". No sólo a los cuerpos les "tira" el paraje.

Después, se hacía una canoa de madera, se preparaba abundante comida y chicha y se enterraba al muerto. Con carreras de jinetes en su honor, y comidas y bebidas para el largo viaje, se dejaba en la fosa el cuerpo ataviado con sus mejores ropas y adornos.

Estos "chenques" fueron saqueados por los "huincas", pero siguen siendo muy respetados por los mapuches, sobre todo teniendo en cuenta que su profanación acarrea "daño".

En Calquín, el "chenque" quedó dentro de la estancia vecina, en una corrida de alambrado. Y no hubo protestas que valieran. Cuentan que el dueño era correligionario y amigo del juez y de los señores de las ciudades. Pero al menos se logró que permitieran las visitas. Es que los alambrados ya ni los huesos de los antiguos respetan. No sería de extrañar que un día hasta quisieran hacer el camino encima del "chenque".

Hablando del camino: en el paraje, a su costado, se construyó la escuelita. Se enseña solamente la lengua "huinca". Tal vez porque los maestros no conocen el "mapudungun" (lengua mapuche), que se habla cada vez menos. Suele dar vergüenza hacerlo, sobre todo si hay blancos cerca. Además, al no haber maestros mapuches...

Sólo cuatro de los cincuenta alumnos podrán terminar la primaria. Es que es difícil estudiar. Los chicos deben cuidar las ovejas y los chivos, que dan la leche, la carne, la lana; y que son sufridos. Se alimentan de cualquier mata. Casi viven de la arena. Si se ponen un poco delicados en la época de la parición. O de los temporales. También hay que protegerlos del zorro y el puma. Y señalarlos, para evitar que algún viajero confundido se los lleve. Si falla el cuidado, no hay de qué vivir. En las estancias vecinas hay muy poco trabajo.

Entonces hay que ir al pueblo, los hombres a hacer changas y las mujeres a emplearse. A veces en casas de mucho lujo, pero no son las de los hombres de la tierra.

La casa donde se enseña en Calquín tiene un techo de chapas de zinc y paredes de bloques de cemento; un aula grande, con una salamandra para los días fríos, donde los alumnos se agrupan por niveles; dos baños afuera, uno para las niñas y otro para los muchachos. Todo un lujo. Además, tienen canillas.

Al lado está la casa de los maestros, de construcción parecida a la escuela. No les debe gustar demasiado la casa a los maestros, porque cada año, a lo sumo cada dos, se van del paraje y vienen otros.

A los pobladores tampoco les gusta demasiado eso, porque los chicos no terminan de encariñarse y... en fin.

En el patio, en realidad el arenal de enfrente, se destaca el mástil donde

todos los días los niños y los maestros ponen la bandera. Y, a un costado, aunque mucho más alta, la antena del transmisor de radio, instalada hace pocos años.

Por último, y detrás de todo, justo al lado de la leñera, el galponcito de material donde se juntan las mujeres del lugar para "costurar" y conversar sobre las cosas que andan pasando.

Pero no todos los chicos de la agrupación aprenden en esta escuelita. Otros están internados en los colegios religiosos de los pueblos vecinos. Aunque en ellos no se hable de "Nguenechén", ni del "Pillán"; sí se habla del Dios "huinca". Y se complica todo bastante, porque los curas y las monjas dicen cosas distintas de los pastores de los diferentes cultos de otras escuelas. Que santos sí, que santos no. Algunos cantan, otros gritan y muchos se callan.

Detrás del alambrado de la escuelita y de la huella que se interna en la Agrupación, estaba la casa de los policías. Antes no se acostumbraba a tener policías. Bastaba con la autoridad del cacique. Cuando había un problema valía el juicio del "lonko" (cabeza); éste solía consultar con los ancianos.

Desde la derrota, en cambio, se metió el blanco, también a través de la policía y el juez. Algo así como el "lonko-huinca".

El destacamento se abandonó hace muchos años. Y lo fue destruyendo el tiempo ayudado por alguna que otra mano necesitada de chapas, puertas o pedazos de madera. Es que hay poca leña en el paraje.

Lo cierto es que del lugar originalmente destinado al personal policial, sólo quedó la base de material y el mástil del frente.

Mejor suerte tuvo la parte de atrás, la casa de los presos, o sea de aquellos habitantes del paraje que hubiesen cometido actos no tolerados por las leyes del blanco. Casi siempre borracheras. Cosa rara, porque la radio "huinca" del pueblo vecino siempre decía que el vino es la bebida de los pueblos fuertes. De todos modos, los calabozos quedaron y el resto del destacamento se arruinó. De destacar dicho empeño por los detenidos.

Ahora, pintados de un marrón rutilante y con un imponente cartel, que dice "Ruca Lahuen" (casa de la medicina), son utilizados como puesto sanitario.

Aquí se realiza la visita médica. Se atienden los chicos, en especial los alumnos de la escuela y las mujeres. A la reunión concurren todas. Para recibir las noticias del pueblo, o algún encargo. También los hombres. De vez en cuando, alguno hace una consulta. Es que las visitas del médico también sirven para eso.

Si la internación es necesaria, se utiliza el hospital de Las Coloradas, que tiene que ver con el lugar donde se juntaban las vacas coloradas de la estancia vecina, mucho tiempo atrás. Algunas internaciones son domiciliarias. No son responsabilidad de los doctores del hospital. Están a cargo de la "médica" del paraje, es decir doña Manse. Es cierto que suele atender generalmente en su casa, pero no siempre se puede. Cura con rezos, muchas veces acompañados de su "kultrún", y yuyos que ella misma recoge, ya en el campo, ya de su huerta. La prestigiosa curadora siempre está muy ocupada. Comparte la tarea con su hijo Eusebio, agente sanitario.

No hay duda sobre quién tiene la última palabra. Con el carácter que tiene doña Manse... Pero respeta mucho a los doctores. También se operó en el hospital. Allí curó en su cama a pedido de internados y visitantes.

Scanned with CamScanner

Ahh... y sobre todo, de las mucamas y enfermeras. Algunos médicos que la conocen, la respetan. Por su prudencia y sabiduría. Además, es muy buena cocinera. La casa de doña Manse es muy visitada por los pobladores del paraje. En realidad, uno de sus ranchos es el boliche. Allí se venden los "vicios" (harina, yerba, azúcar, el consabido vino). Todas las tardecitas, los visitantes dejan sus caballos debajo de los álamos, y en rueda de amigos y vecinos saborean los tragos, algunos trenzados en una partidita de truco o en una tenida de taba y, otros, hablando nomás.

Eusebio, consciente de su obligación, puso un cartel sobre los peligros del alcohol. No parece necesario. Con una mirada de doña Manse no hay mamado que se pase.

El paisaje y la historia

Una historia en la que hace no demasiado tiempo los hombres pertenecían a la tierra entregada por "Nguenechén" para su cuidado. Luego de la llamada "Conquista del Desierto", que no era tan desierto porque lo habitaban los "hombres de la tierra", sobreviene el destierro. En la propia tierra. A manos de otros hombres: los vencedores.

Llegó el tiempo del encierro, en las llamadas "reservas". En una de éstas, Calquín, nacieron Elisa e Ignacio, hace alrededor de treinta años.

Elisa es hija de doña Casimira Colipí y de don Marileo Huerquipán, crianceros de chivos, medieros.

Don Marileo suele ausentarse del lugar durante largos períodos, para trabajar en las estancias de la zona (asalariado temporario). Estuvo internado en un establecimiento psiquiátrico de la provincia de Buenos Aires hace muchos años, "por cosas de la mente".

Doña Casimira, en cambio, es de las que se quedan. Nada de salir del paraje. También porque le cuesta caminar: "Los huesos, ¿sabe?". Y, por supuesto, los años de duro trajinar. Que no le impiden cuidar los chivos, la casa y el hilado.

Ambos entregaron sus hijos, desde chicos, a doña Celestina, hermana de don Marileo, "la tía de San Martín de los Andes". Grande el cambio. Del humilde ranchito de Calquín, a la casa del centro del poblado. Aunque en esos años, San Martín no era lo que es ahora. El turismo casi no existía. Pero había luz eléctrica y agua corriente. Y algunas calles del centro estaban asfaltadas. Ya en ese entonces, doña Celestina se dedicaba sólo a sus curaciones, tarea en la que es muy requerida.

Doña Casimira nos dice: "Era para que estudiaran los chicos". Algunos de ellos volvieron a irse a ciudades más grandes. Ninguno regresó al paraje. Elida, la hermana mayor de Elisa, intentó degollarse: deseaba formar pareja estando en la casa de su tía. Más tarde lo hizo sin tanto costo.

Elisa prefirió quedarse. Fue la única de los hermanos que vivió su niñez en Calquín. Quizá para poder caminar sola durante horas y horas, buscando quién sabe a quién.

Para Elisa, la casa de sus padres era la seguridad. También Calquín.

Don Fermín Manquilef, padre de Ignacio, igualmente solía irse de la casa por temporadas, a pesar de las protestas de su esposa, doña Segura Peñoleo, encargada de los chivos y la vivienda. Ellos también son medieros.

Dice doña Segura: "Yo casi poco salgo. A lo de la hermana. Es mejor

quedarse. Andar en la casa. No falta trabajito así para tener que comer. Porque si uno va a andar en otra casa, muchas cosas pasan. La mamá sabía estar paseando, pero le ha dado no sé qué, falleció, reventó el hiel. Pero eso creo que fue un daño. El abuelo lo curaba ese daño, por eso sé. El le daba neneo, sacaba la cochinada, decía. Cuando le daba neneo, a la gente dañada no le permitía tocar nada. Tenía toda aparte: plato, cuchara, mate; también el enfermo porque se podía contagiar el daño. Le decía que tomara aparte las cosas, que no comiera junto, porque se podía contagiar el daño, así dicen. Sin embargo, no enseñó. No sé por qué sería."

Según doña Segura, don Fermín también tiene un "daño" no curado y por eso se lanza a otros parajes, como perdido.

"Como ser ahora hay tantas cosas. Satanás también lo jode a uno. Los médicos eso no lo entienden. Porque a él no lo entendió los doctores. Entonces fue a la médica. Y la médica lo pinchó acá, no sé adónde lo pinchó. Dice él que era bronca, tal vez. Perdió la vista, se hinchó la cara. Llevaron a Zapala. Hasta que vino el yuyero. Con el yuyero bajó, pero la cabeza peló íntegra. Y así pasaba. Y no pudieron sanarlo. La médica dijo que no tenía remedio. Porque le había cortado el pelo un hombre. Y eso es lo que le hizo el daño. Era amigo. Siempre le cortaba el pelo. Eso fue lo que le dijo la médica cuando lo vio 'Usted estuviste, ¿había baile cuando estabas?' dice que le dijo. Casualmente donde Carmen siempre estaban de baile la gente. Allí dijo que estaban bailando. No lo dejaban dormir. La pieza estaba vacía en casa de Carmen. La pieza de él estaba así como ésta. Y dice que no lo dejaban dormir porque las chicas andaban remontando. Para poder dormir dice que fue donde había reparo. Del sauce, abajo estaba. Fue a dormir, dice, ya la madrugada estaba por levantarse y lo picó acá un bicho. Y ahí nomás se le hinchó todo. Dice que dijo que era araña. Pero araña no tiene fuerza cuando no tiene veneno. Y al otro día amaneció con eso, con la cara hinchada. Estaba en la estancia, trabajando. Entonces fue a la ahijada de la finada Carmen, que es yuyera. La yuyera que había. Entonces dice que le dijo: 'Ud. si no sintió que era un guardado', ese pájaro que le dicen guardado. Ese que ponía como sordo. Y después la lechucita. Ese guardado cantaba. Y la lechucita le pegaba. Dicen que era mandado el guardado. Y lo mismo le dijo doña Juanita. Que el que le cortaba el pelo le echó sabandija. Como echar así polvo. Dice que le echó. Pelado tenía la cabeza, oscurecía la vista."

Acerca de su hijo Ignacio, agrega doña Segura: "Ignacio antes era enfermo. Escupía sangre, no se animaba a ir a Junín. Una pensión le iban a dar si lo encontraban muy mal. El no se animó a ir nada. Al dolor y a la inyección le tenía miedo. Casi muerto lo saqué de la casa. El doctor le dio veinticinco inyecciones. Después quedó chueco. Pero no mejoró. Casi que quedó así. Nada más que lo jode el golpe. Cayó de arriba trabajando. Después creo que ha compuesto. Curado con doña Carmen. Muy bien anduvo. Después con la señora se descompuso. Se puso dormilón cuando juntó con la señora que tiene. Andaba desalentado".

Ambas familias son vecinas. Una legua de distancia. Es bien poco. Lo que facilitó la relación entre Elisa e Ignacio. Cuidaban juntos los chivos, pescaban en el río Catán-Lil, o se escondían en los pedreros. Jugaban a

Scanned with CamScanner

los borrachos y también se peleaban.

También escuchaban de los veteranos la historia del "culebrón" (entidad "huekufú") de la estancia vecina. Entonces, la vuelta a la casa se complicaba un poco si les alcanzaba la noche. Por el miedo, claro. Por suerte, andaban siempre los perros, que más de una vez toreaban al aire. Y a los remolinos, donde anda el "huekufú". Para peor, ni siquiera había un caballo en las casas. Se hace cuesta arriba mantenerlos en invierno.

Y, cuando llegaba la época, las dos familias participaban, junto al resto de la agrupación, en la rogativa anual.

Y también, ya más grandes, compartieron los bailes que acompañaban la señalada, o los que se hacían en la escuelita, punto de reunión del conjunto de la tribu. Diferentes a las reuniones del boliche, a las que van sólo los hombres, o a las del puesto sanitario.

Además, en alguna que otra oportunidad, fueron juntos al pueblo vecino a buscar los "vicios", o al menos esa era la excusa. Sabido es que poco dinero efectivo llega a las manos de los vecinos. Es que el crédito gira en el boliche alrededor de la entrega de lana y cueros. Y casi nunca hay sobrantes. Pero de todas maneras el paseo valía el pretexto. Diferente del habitual, el del costado del camino, o de la visita al montecito de álamos y sauces que está cerca del arroyo, cuando el sol se está perdiendo detrás de los cerros.

Aparecen otras necesidades, y deciden vivir juntos. Los padres de Elisa no quieren saber nada. Igual se instalan en la casa de don Fermín y doña Segura.

Dice doña Casimira: "...me dijo 'yo me voy a juntar con Ignacio'. Y yo le dije que vaya a trabajar. Y me dijo que salga lo que salga se iba, y se fue para la casa de los suegros".

Y se fue nomás para la casa de los suegros.

Por otra parte era lo esperado; los varones suelen traer a su mujer a la casa paterna.

Doña Segura la recibe con recelo. Quizá por ello, Elisa e Ignacio construyen su ranchito a unos quinientos metros de la casa de los viejos. Aprovechando una vertiente. Hoy sólo quedan algunos indicios del cerco de la huerta. Por lo general, los ranchos de los hijos que se casan se levantan al lado de la casa principal, como para servirse de un fogón común o de la experiencia de los veteranos.

Pero parece que ambos necesitaron estar solos. O, tal vez, la vertiente de la casa vieja no alcanzaba para todos.

Y así empieza a abrirse un mundo nuevo.

En 1982 nace Estela. Entonces Elisa se internó en el hospital de Junín de los Andes; una casa diferente, donde se alojan las mujeres que esperan hijos, otras que esperan el alivio de los que sufren, y algún veterano que espera la muerte; una casa grande, con piezas grandes, donde conviven las personas a veces sin siquiera conocerse. Están un tiempo, después se van y vienen otras. Una casa donde atienden hombres y mujeres vestidos de blanco. Diligentes, precisos, puntuales. Que ni siquiera necesitan ubicarse con el sol, ni por las ganas de comer, ni por el tiempo de reunir a los chivos.

No parece el mismo el tiempo en esta casa. Es el tiempo de los turnos: el turno de despertarse o de dormir, de recibir los remedios o de alimentarse. Hasta hay turno para la visita de los familiares, incluso para los que vienen

de muy lejos. Raro esto, que le pongan turno a la hospitalidad.

Muchas cosas desconocidas. Con piezas especiales, dentro de la casa; algunas hasta tienen una bañadera. No necesita uno traer el par de baldes desde la vertiente. Hasta sale el agua que pela. Casi para tomar mate. Debe ser por eso que las enfermeras insistían tanto en que se usara, casi de entrada nomás y medio de sorpresa.Y después, rapidito a la cama. Todas igualitas, una junto a otra, en la pieza grande.

Y nada de cuero ni de madera. Todo era de metal. Y también tenían sábanas y frazadas. Y ninguna matra. Todo parecía demasiado igual.

En las paredes de ese lugar, muy parejas, sólo se veían, en una punta, una cruz, y en la otra, una foto, en un cuadro, de una señora toda de blanco, con un sombrero, bastante raro, y el dedo encima de la boca pidiendo silencio. Sería por eso que todos los internados siempre hablaban despacito. Los médicos se ve que no se dieron cuenta del cuadro, porque muchas veces andaban a los gritos, de aquí para allá. Y casi siempre muy apurados. Se nota que es gente muy ocupada. Y preocupada. También, con los problemas que les deben traer...

La espera no fue fácil. Fue preciso una operación. Ingresaron a Elisa en una pieza medio rara, con paredes lustrosas de color verde. Con hombres y mujeres vestidos de verde. Con gorros y unos trapos del mismo color que les ocultaban el rostro.

En aquel momento, Elisa recordó a los paisanos de su paraje, que también se protegen con sombreros, pañuelos y ponchos, aunque claro, acá no había ni sol abrasador, ni viento, ni polvo. Al contrario, todo era muy limpio, demasiado limpio. Hombres y mujeres que manejaban herramientas de metal muy brillosas. Como el pectoral de plata de doña Manse.

De repente, un sueño profundo que desplaza al miedo. Y al despertar, la alegría: ya había llegado Estela.

Le hubiera gustado estar con los suyos a Elisa. Aunque la compañía de Ignacio era importante, no hay como la mujer para cuidar a un recién nacido. Hasta sintió la lejanía de doña Segura y doña Casimira. La cosa se complicaba un poco cuando Estela lloraba. Costaba atenderla, por el dolor de la operación, sobre todo. Pero había que hacerlo, y rápido, para que los vecinos no se molestaran. Es que no debe ser muy lindo estar sufriendo, y encima tener que escuchar el llanto de los críos. Más a la noche, cuando todo es silencio... es entonces cuando se extraña más a los de uno. Encima, la cama tan blanda, donde cuesta tanto dormir.

Hasta que llega el amanecer. Y el sol, al entrar por los grandes ventanales, entibia la soledad, entibia a las personas, quizá porque es el mismo sol de Calquín.

De pronto, el alta y la vuelta al paraje. Estela queda con los padres, a pesar de que el primer hijo suele ser criado por la abuela de la casa.

No pasó mucho tiempo para el nuevo embarazo. Dicen que es bueno tener muchos hijos. Los doctores propusieron la internación por adelantado, por lo de la operación de la otra vez. De nuevo la inquietud y la esperanza por el hijo que se acerca. Aunque más fácil, ya eran conocidos el lugar y las personas.

Pero, de repente, se paran los movimientos en su vientre. Elisa sabe de qué se trata. Aparece el miedo. En el hospital de Junín de los Andes se repiten algunas escenas. Tras el niño muerto, el miedo cede paso a la desesperanza. Corría el año 1984.

Scanned with CamScanner

La vuelta a Calquín. El trajinar. Aunque cada día se hace más difícil. Los jóvenes se van. Los tiempos han cambiado. Ya Calquín no es el lugar de la seguridad. Los chivos no pueden dar de comer a tantas bocas. El pasto no alcanza, las heladas sobran, la erosión avanza. Lo que no avanza es la seguridad por la tierra. La Agrupación pelea por la entrega del retazo de suelo que les fue quedando. Pero no hay muchos oídos en los señores de las ciudades.

Finalmente Elisa exige la ida. Ignacio, al final, asiente. Era el último de los hermanos que quedaba.

En un episodio confuso, de versiones encontradas, que sólo pueden gritarse en los momentos de crisis, Ignacio y Elisa se van del paraje. Dejando a Estela. Aún hoy doña Segura culpa a Elisa (y solamente a Elisa) del supuesto "abandono" de Estela. ¿Abandono o recurso de la pareja para facilitar el despegue? Aunque decidido sin consulta, fue un modo de enfrentar la tremenda incertidumbre de la ida.

De todas maneras, al poco tiempo Estela va a Neuquén a vivir con sus padres.

Y, entonces, la búsqueda. Búsqueda de trabajo. Búsqueda de un lugar donde vivir. Búsqueda de uno mismo. Búsqueda del otro. Ya no es como en la Agrupación donde todos son conocidos. Acá la gente casi ni se saluda. Andan todos muy ocupados. Además, amontonados. Llama la atención el ruido. En todo momento hay mucho ruido. De día, en el centro, las bocinas, los vendedores; de noche, en el barrio, el ladrido de los perros, el llanto de los chicos. Desde muy temprano hasta muy tarde. Y ya no están el sonido de los pájaros, de los gallos, del viento que se cuela entre los álamos.

Quizás el ruido sirva para no pensar demasiado en el paraje, en su gente, en la ayuda cuando se necesita, en el ser conocido y conocer, en el tener un tiempo —el necesario para, entre mate y mate, conversar y escuchar, pero, sobre todo, para observar—, en el saber qué hacer en cada tiempo —el de la esquila, el de la marcación, el de dar vuelta la tierra— y en saber cómo hacerlo.

Y hablando de hacer, difícil lo del hacer. Sobre todo cuando uno conoce sólo las cosas de la tierra. Ayudante de albañil, carga y descarga de camiones, cosas del momento.

Hasta que, al fin, un trabajo menos inseguro, vender diarios. No es demasiado malo. Hay una entrada firme, que si bien no alcanza para ningún lujo, al menos da un poco de tranquilidad.

A veces, se puede aprovechar una noticia importante para agilizar la venta. Sobre todo, si es una desgracia. Resulta raro esto de beneficiarse con la desgracia. Cosas de la ciudad. Y, si sobra el tiempo, de tarde, se hacen otras changas. No es poca cosa el lugar que consigue Ignacio, finalmente, en su ir y venir: la estación terminal de ómnibus de Neuquén. Siempre hay movimiento. Gente que llega, que se va, y muchos de paso. Además, los que se despiden. Llama la atención los que se despiden. Muchos sonríen cuando agitan sus manos pero, al perderse el colectivo, cambian. Algunos entristecen, incluso lloran. Otros, parecen conformarse y componen su rostro como si no hubiera pasado nada. Cosa difícil las despedidas. Huelen, por un lado a ausencia, es decir a muerte. Y por el otro, a búsqueda, es decir, a esperanza. Un poco como la vida misma...

Entre tanto, Elisa también trabaja en casa de familia. No le costó tanto encontrar empleo; pero además hay que ocuparse de Estela, de preparar

la comida, de arreglar el rancho que tampoco puede dejarse solo demasiado tiempo. No es como en Calquín, donde las puertas ni siquiera trabas tienen.

Además, es tan chico todo... Ni siquiera hay lugar para una huertita. Una casa encima de la otra. Lejos están los espacios para los rebaños. Y en vez de la aguada y los álamos, los gritos y las radios a todo volumen denuncian la cercanía de las familias vecinas.

Y, entre todas las búsquedas, la búsqueda: la de Dios.

Ya no con toda la gente de la Agrupación como en Calquín. Acá se reúnen solamente algunas personas, los fines de semana, a leer el evangelio, a orar a gritos, a cantar. Un pastor reemplaza a la "machi". No siempre que habla se le entiende. Dicen que vino desde muy lejos. En un avión. Ni que fuera pájaro.

Ya no se ruega ni por la lluvia ni por los pastos, ni por la gente de la reserva. Sí, en cambio, por la salvación de uno mismo, o de los más cercanos. Es que en la ciudad hay tanta gente...

Promedia 1986. Año duro. Muchas cosas fuertes: el anhelo de la independencia y el costo de la inseguridad. El desarraigo. Y todo en una casa chiquita, de paredes de cartón, de techo de cartón, amontonada con muchas otras casas chiquitas de techo y paredes de cartón, rodeando, a su vez, las torres de cemento del centro de Neuquén. Muy altas, pero no como el volcán Lanín que se ve desde la reserva. Quizá porque el "Pillán" no habita en ellas.

En lo que el nuevo lugar sí recuerda a Calquín es en la situación de la tierra. Las casas de cartón parece que están asentadas en tierra de otros. Algunos dicen que de señores poderosos que viven lejos y que, cuando quieran, echarán a todos. Otros, que son tierras fiscales. Lo que complica mucho el panorama, pues nadie sabe bien qué es eso de tierras fiscales. Alguien escuchó que eran tierras de todos. Es decir, tierras de "Nguenechén". Hubo, en cambio, quien escuchó que eran fiscales por ser del gobierno. Acá sí la cosa se complica. ¿O será que también el gobierno es de todos?

De pronto, estalla el "Pillán". El cartón es fuego, también las paredes, la casa entera. Es que toda Elisa es fuego: parejas temporales, malos tratos... Episodio oscuro el del incendio de la casita. Todos culpan a Elisa, y ella responde con el olvido y la impasibilidad.

Y entre todos los fuegos, el fuego del nuevo embarazo. Que se complica, como dice la historia clínica: "ruptura de membranas, traumatismo abdominal". Elisa es llevada a una casa muy grande. Más grande que todas las conocidas hasta ahora. Además, muy alta, y en cada piso, casas distintas. Una casa de cemento y vidrio, con muchas personas vestidas de blanco, muy apuradas. Una casa fría, quizá porque al sol de Calquín no lo dejan alumbrar plenamente, porque le han puesto muchas casas grandes y altas en su camino. ¿O será que él no quiere entibiar el lugar? Parece que la gente de la casa grande no acostumbra a hacer rogativas.

Lo concreto es que Elisa ocupa una gran pieza, compartida con muchas otras mujeres, que también esperan a sus hijos. Llega en una caja de hierro, que sube y baja ruidosamente, con puertas con rejas. Le recuerdan a Elisa aquellas otras puertas con rejas, del destacamento policial abandonado en Calquín, donde tantas veces jugara o hiciera el amor con Ignacio. Pero éstas, no eran rejas para amar. Sino para contener aquel fuego que abrasaba el vientre de Elisa. Y, nuevamente, la muerte del hijo.

Scanned with CamScanner

Muchas camas, muchas personas: enfermeras, médicos, desconocidos. Entretanto, Ignacio se ha alejado.

Y la impotencia de Elisa por el hijo que se fue, aunque no a lo de una tía de la ciudad.

La soledad, la bronca.

Y la caja de hierro, de puertas con rejas, baja a Elisa del mundo de las mujeres que esperan a sus hijos al mundo de los que renunciaron a los moldes; de otros que no tienen esperanza; y de todos los que sienten que la razón no es el camino para expresar el dolor.

Es el piso que está debajo de todos los pisos. En este mundo, en esta casa, se juntan personas muy especiales. A veces, durante bastante tiempo. Meses, incluso. Algunos hablan de un lugar aun más extraño, al que llegan las personas diferentes de muchas partes. Algunos se quedan para siempre. Dicen que se llaman manicomios.

Elisa los escucha, y se contagia el miedo. Como si estuviera en ese lugar, donde todos dicen que el miedo se contagia.

Y entonces la gente queda encerrada.

Pero también en esta casa hay personas diferentes. ¿O será que todos somos diferentes cuando se nos conoce bien?

Ahí está María, la de la cama de al lado. Las enfermeras de la casa que sí lo saben todo, dicen que perdió a su mamá de chiquita, que fue recogida por la abuela, porque su padre para formar otra familia prefirió abandonarla. De pronto, su abuela que también la rechaza. ¿Qué otra cosa le queda a María sino el de hacerse una persona diferente? Aunque a Elisa le cabe una duda: ¿quién podría tenerle envidia a María para producirle un daño? Eso que algunos le llaman "trastorno" y otros "locura". Parece tan buena, allí sentada, moviéndose toda, mirando siempre al techo, buscando... Nunca pudo Elisa hablar con ella, porque la búsqueda le insumía todo su tiempo. Es que era más que la palabra...

Notables los esfuerzos de las enfermeras y las mucamas para que María comiera. Incluso los médicos, con sus maneras tan muy especiales, inyectaban en sus venas, durante días, líquido. O si no, por un tubo a través de la nariz que dicen que llegaba al estómago.

Es que, a veces, los pobres no sabían qué hacer. Cuando esto ocurría dejaban de conversar, de acercarse, y se conformaban con dar remedios. En ese sentido no se parecen a doña Manse. Claro, puede ser también que ella no conoce demasiado los remedios que vienen en cajitas.

Otras veces se hacen reuniones en ese lugar, a la que todos deben concurrir: las personas diferentes y los que cuidan a las personas diferentes, que son también personas muy diferentes.

En Elisa es el tiempo de la confusión. Agresiones, fugas. La desorientación se transmite a los cuidadores. Y reclamo permanente por sus hijos: los que quiso y no pudo. Es que el delirio es el modo de sentirlos vivos.

Ignacio se aísla, no aparece, e incluso da a Estela a una familia conocida.

Pero Elisa no está tan sola. Se hace amiga de las mucamas y enfermeras del piso. Es el mate, otra vez, el intermediario. Como en los viejos tiempos de Calquín.

Luego de varios meses de internación, los doctores resuelven trasladarla al hospital de San Martín de los Andes, para que esté menos sola. Es la región de la familia de origen.

Es así que Elisa pasa de la "casa-de-la-locura" de Neuquén a la "casa-de-los-enfermos" de San Martín de los Andes. El pueblo donde vive su tía Celestina, curadora prestigiosa si la hay.

El traslado se hace en un auto blanco, grande, que pasa por Calquín, aunque sin parar. Tan rápido que Elisa ni se dio cuenta. Es que, además, está muy ocupada con su propio mundo. Los lugares habían sido desplazados por las vivencias, tan intensamente dolorosas.

Cuando pudo ver su alrededor, Elisa se encontró con un mundo desconocido. Otra vez. Una casa grande, también con muchas personas vestidas de blanco. Vivía en una pieza chica, acompañada de otra mujer que había sufrido un golpe en la cadera.

No era como María pero estaba muy dolorida. Y a cada rato, iban los enfermeros y médicos a verla. Pero a Elisa sólo la miraban de reojo. Quizá porque los médicos y enfermeras de San Martín de los Andes no estaban acostumbrados a tratar con personas diferentes, como los de la "casa-de-la-locura" de Neuquén. Rara sensación esa de despertar temor. Incluso no le permitía a Elisa, en ese mundo nuevo, sentirse ignorada. Pero claro, de reojo y con temor, no es lindo ser tenida en cuenta.

También estaba en el piso de arriba, pero acá no había ascensores ruidosos. Además, desde el ventanal de su pieza se veían las montañas que rodeaban al pueblo con el verde de los bosques en sus laderas. Y los rosales poblados de rojo en las calles.

Las miradas siguen, pero ya no tan de reojo. Lentamente se acerca, y permite que se acerquen. Laura que le deja su manzana y le pide ayuda para lavarse. Nuevamente el mate con enfermeras y mucamas.

Con su médico sale a conocer el lago Lácar. Nunca había visto tanta agua junta, y el ruido que acompañaba el movimiento daba tranquilidad.

Una tarde, tres días después de su ingreso, Elisa visita a la tía Celestina, mujer imponente, seria hasta la solemnidad. Conoce la casa donde se criaron sus hermanos. Estaba excitada, caminaba por todas partes. Además, la sala de consultas no era muy espaciosa, por la gran cantidad de muebles y botellas con tés de yuyos medicinales.

La casa, originalmente de madera, se fue ampliando con piezas de material a medida que se iba poblando con los hermanos de Elisa, pero también luego, de a poco, se fue despoblando. Durante un tiempo, doña Celestina y su esposo acostumbraron a tener pensionistas, hasta que ella decidió dedicarse sólo a atender pacientes.

Por fin, y luego de una serie de idas y vueltas, Elisa se quedó más o menos quieta. Cabe preguntarse si fue obra del televisor que encontró en el comedor, de los mates que tomó o de la influencia de su tía. Quizá las tres cosas juntas.

Se convino que pasaría los días allí, y las noches en el hospital.

En ese tiempo, siguió con sus crisis de excitación y alucinaciones, pero al menos no agredía.

Su médico consulta, en Calquín, con doña Manse, persona de su entera confianza que lo escucha con su paciencia y su mate.

Se decide traer a Elisa al paraje. También a la tía Celestina en todo lo que pudiera comprometerse, siempre y cuando Elisa lo aprobara.

Por su parte, doña Manse acepta ayudar como vecina "porque no me puedo meter de médica donde no me llaman".

Fue reconfortante para el médico aquella conversación, sostenida en

Scanned with CamScanner

el patio de la casa de doña Manse, junto a su huerta de plantas medicinales. Encima del techo, un cráneo de caballo mirando al cielo brinda una sensación de seguridad no sólo a los pobladores del paraje.

Esa misma tarde visitan la casa de los padres de Elisa, como para ir tanteando las posibilidades. Don Marileo estaba trabajando desde hacía un tiempo en la estancia, y doña Casimira sólo acepta ir a hablar con los Manquilef. Después de todo Elisa ya se había ido de la casa paterna, unos años atrás.

A los pocos días, de nuevo en un auto grande y blanco, llega Elisa al paraje con doña Celestina y su médico. Iba atenta, reconociendo los lugares de su historia, es decir, sus lugares. Quizá también porque en esta oportunidad el auto iba más despacio.

La visita a los Huerquipán fue con doña Manse. ¿Quién mejor que ella para ayudar a Elisa si se quedaba en el paraje?

Mucho más tarde fue posible entender la reticencia de la familia para con la médica: "Tiene que ser de otro paraje, porque el brujo, él habla y se instala, pagan la médica y la médica no sana. Cura gente de otro lado y conforme". Valorable la prudencia de doña Manse en no imponer su presencia.

Don Marileo no había vuelto aún del trabajo en la estancia.

En un aparte, dijo Elisa: "Mucha arena... falta corral para los chivos".

Sus ojos brillaban...; curiosamente, había aflojado el viento.

Doña Casimira se suma al grupo en su visita a los Manquilef, que muy pronto invitan a Elisa a quedarse con ellos. Don Fermín se compromete a darle sus remedios todos los días.

Era época de desastre. Muerte masiva de animales por un temporal. También era época de poner el hombro. Después de todo, Elisa era como de la casa.

A pesar de la prevención de doña Segura que sólo mucho después pudo decir: "Yo no sé lo que tenía Elisa. Porque el padre también estuvo así. Puede ser también una cochinada, no se sabe algo. Puede ser el diablo también, al padre que lo ha tenido loco. A Marileo lo ven siempre así, bailando. Vaya a saber. Lo vio el finado Caitrú carneando lagartija. Ese viejo Marileo. Yo no sé, comerá, no sé. Dice que estaba charqueando. Lagartija, culebra tenía. Estaba con la abuela, dice. La abuela murió, pero costó para morir (los pobladores dicen que una de las características del brujo es su gran dificultad para morir). Falleció el finado Caitrú. El dice que lo miró, no le habló nada. No sé para qué sirve. Los médicos dicen que sabe. Para dañar gente lo hacen. No sé cómo harán. Qué sacarán. Nunca. Pa'qué voy a decir que yo sé. Cochinada uno no sabe".

Todos reconocieron que el hospital no era un buen lugar para vivir. Y que Elisa necesitaba la ayuda del hospital y de doña Celestina.

Periódicamente, el médico visitaría el paraje haciendo una parada en su recorrida habitual al hospital de Las Coloradas.

Elisa mejoró. Pronto no necesitó de remedios. Hilaba, tejía, visitaba a los vecinos.

En junio de 1987 ya no estaba en el paraje. Ignacio fue a Calquín y regresó con ella a Neuquén. Quedó sin resolver lo de Estela, por la que Elisa pedía a los gritos sólo en sus tiempos de delirio.

Los Manquilef y los Huerquipán pensaban distinto acerca de Estela y de la pareja. Aunque estaban contentos con la mejoría de Elisa.

Al tiempo, una novedad: la provincia los elige, entre otras familias, para un plan de viviendas rurales. Ellos aceptan. Todo vino de afuera: los materiales, los obreros. Hasta puertas con llave vienen de afuera. Raro eso de que los vecinos no participen. Eso sí, don Marileo y doña Casimira mostraron orgullosos al médico su nueva casa al lado de las casas viejas. En varias oportunidades: la primera vez (1987) aseguraron: "Nos mudamos prontito nomás. Porque casa sin cocina no puede ser. Tenemos lavadero. Por eso, no queremos venir así nomás"; en 1990, en otra visita, aún don Marileo y doña Casimira se "arreglaban" para explicar por qué no la ocupaban.

Parece que en alguna oportunidad la usaron para guardar la motocicleta descompuesta de una monja misionera; otra vez aclararon que era el mejor lugar para recibir sus visitas, entre las cuales incluían pacientemente al médico. Aunque, claro está, faltaba ponerle algún mueble. Por eso, la recepción era de parado nomás.

Entre tanto, el pequeño rancho con el piso por debajo del nivel del suelo, así como el otro, aun más chico, que alojaba el fogón, seguían teniendo, dignamente, sus funciones originales. Sin siquiera sentirse menoscabados por la reluciente construcción vecina.

No se contempló la construcción de un baño en la nueva casa. El antiguo pozo y las matas de los alrededores seguían, pues, en plena vigencia. Al menos, los Huerquipán no necesitaron fundamentar nada en este aspecto, ya que, después de todo, el médico también tiene sus cosas. Sin ir más lejos, el viejo auto '71 del que sólo funciona el motor. Aunque lo traslada a todas partes. Eso sí, en invierno hay que tomar el recaudo de cargar un par de mantas. Es que están tan caros los autos nuevos.

Y las visitas se sucedían, aunque sin novedades "médicas". En realidad, a veces los médicos pueden no necesitar de las enfermedades para visitar a la gente.

Pero tanta tranquilidad iba a ser quebrada por un llamado de Daniel, que en ese entonces era el único médico del hospital de Las Coloradas.

En agosto de 1988, por la radio del hospital, Daniel avisa la derivación urgente de Elisa, quien de regreso a Calquín repitió su crisis: rompió vidrios, muebles y la radio de la escuela del paraje. Elisa venía de Neuquén, donde desde hacía un mes estaba alojada en la "casa-de-la-locura".

Y de vuelta un auto grande y blanco la trajo de Neuquén, esta vez sólo a Calquín, y con Ignacio, según él, para pedir autorización a la familia para internar a Elisa en un manicomio.

A pesar de estar de nuevo en el paraje, su paraje, la crisis no cedía. Y Elisa retorna a la "casa-de-los-enfermos" en San Martín de los Andes, ese mismo día. Ignacio se quedó en Calquín.

Muchas veces se escapa Elisa del hospital. Otra vez visita el Lácar, y también la estación de ómnibus. Es que el hospital la ahogaba. Pero las cosas han cambiado. Ya no contábamos con la tía Celestina, que no quiso ayudar por razones personales, pero sí con Liliana, asistente social, y Martín y Adriana, estudiantes de psicología de Córdoba.

Y, nuevamente, la visita del médico al paraje, para tratar de que la familia colabore. Sobre todo Ignacio, quien seguía en Calquín. Entre tanto, parecía que los remedios no daban resultado.

Y otra vez, el auto grande y blanco llega a Calquín. Y otra vez Elisa reconoce su lugar, aunque ahora en medio de cantos evangélicos y

Scanned with CamScanner

mapuches.

Entonces, los padres y los suegros la rechazan. En una reunión dramática, llena de acusaciones y amenazas, quedó claro que el miedo, a veces, es la única manera en que las personas podemos responder.

La reunión se hizo en la casa nueva de los Manquilef. En ella vivía doña Segura y se alojaba temporariamente Ignacio. Era llamativo que don Fermín siguiera viviendo en su antiguo rancho. Aunque, como en esa oportunidad, visitaba la casa nueva de al lado, la "casa de la esposa que no temía al progreso". Es que no era hombre de aceptar así nomás ciertos cambios. Quizá, también, porque la casa vieja era más calentita.

La reunión duró hasta altas horas. Sólo el mate, a veces, permitía aflojar la tensión. Se gritaron los abandonos, el incendio del rancho, los malos tratos, las otras parejas.

Al fin, Ignacio pudo pedir ayuda y también aceptó ayudar a Elisa.

Se internó con ella en la "casa-de-los-enfermos". Pero antes, y con la ayuda de Martín, volteó un álamo para que no se posara el "guardado", pájaro negro relacionado con el "daño". Lo extraño fue que necesitó hacerlo sólo con un cuchillo.

Tiempo después, decía doña Segura que a partir del volteo del árbol no apareció más el "guardado". Sí aparecieron en el álamo de al lado dos lechuzas, a las que ella misma cazó con trampa, y las mató dándoles de tomar querosén, para luego quemarlas. Es que no es poca cosa el "daño".

Lo cierto es que Elisa e Ignacio recomenzaron su vida juntos.

Consultan a la tía Celestina y, tras su nueva negativa, fueron a ver a doña Pascuala, que varias veces los "machitucó" (ceremonia de curación del "daño").

Todos los curadores, los del hospital, doña Pascuala y doña Manse, dijeron lo mismo: "Se tiene que resolver lo de Estela".

Elisa recibía de Ignacio el té de yuyos que le indicó doña Pascuala, y de las enfermeras los remedios del médico.

Al principio, hubieron algunas dificultades con el personal del hospital. Decían que ése "no es un hospital de tocos". O tenían miedo de que Elisa golpeara a los chicos de la sala de al lado. Pero Ignacio la ayudó mucho. Así pudieron salir de la pieza, luego del hospital, a la casa de doña Pascuala o al culto. También a pasear al lago. Es que hicieron unos lindos días.

Pronto pudieron volver a Calquín. Pensaban instalarse de vuelta en el paraje, en el campo de los Manquilef, al que llegaron, esta vez, en colectivo.

Doña Manse recibió la nota en la que el médico le pedía que los ayudara. Pero esa decisión duró poco. A los dos días, en la primera visita médica dijeron que Elisa quedaría con sus padres, en el paraje, y que Ignacio volvería a Neuquén. Los dos estaban agradecidos con doña Pascuala y doña Manse, y también con el hospital.

La llegada de Elisa a la casa de sus padres fue un cambio fuerte. Para todos. Elisa comenzó a ir al grupo de mujeres que, ayudadas por Liliana, se juntaban a "costurar" en la escuela del paraje, en la sala del fondo. Eran las mismas mujeres que fueron testigos de su crisis, aquella en la que rompió los vidrios y la radio.

En la siguiente visita, doña Casimira le dijo al médico que Elisa estaba bien y que se había ido. Sin avisar siquiera. Y que ella la extrañaba mucho. Que si la veían por Neuquén, que se lo dijeran...

Desde entonces muchas cosas han cambiado. Murió don Fermín. Doña

Segura sigue, más que nunca, apegada a su tierra pero también a su nueva casa. La antigua, donde insistentemente se había quedado don Fermín, se utiliza, por el momento, como depósito de lana, cuero y vicios. También en ella se alojaron Ignacio y Elisa cuando visitaron la última vez el paraje, en época de las fiestas de fin de año. Es la manera que tienen, seguramente, para decir que a pesar del asalto siguen sintiéndose "gente de la tierra".

También hay otros cambios en el paraje.

Dice doña Segura: "Vinieron a saltear un día a la noche, cuando estaba oscureciendo, a la hermana (vecina). Nos vino a trajinar pan, dulce. 'Y te voy a matar' dice que le dijo. 'Yo soy salteador. Ya he matado en el Lanín como a cien personas'. Llevó un poquito de plata que tenía debajo del colchón. Entonces dijimos: 'Vamos a cortarle el rastro a ver si el salteador es conocido el rastro'. Se fue derecho a la casa de José, conocido era. Nunca ha habido asaltos acá. El muchacho no alcanzó una semana a estar encerrado".

Ignacio y Elisa decidieron que Estela, que ya tiene ocho años, se quede a vivir con la familia que la había recogido.

Entre tanto, Ignacio sigue vendiendo diarios. Elisa trabaja en una casa grande de departamentos, que también tiene ascensores, aunque sin rejas en las puertas.

Ambos han construido una nueva casa de material que, aunque sencilla, es más espaciosa que aquella antigua de cartón.

En la última visita al paraje, doña Casimira le reiteró al médico sus cariños para Elisa, ya que él iba a viajar pronto a Neuquén. Don Marileo estaba trabajando en la estancia.

Doña Segura le regaló el cráneo, muy grande, de un carnero.

"Los evangélicos dicen que es malo pero para los mapuches es bueno."

Cuando se alejaba con el obsequio, la mujer seguía dando vuelta la tierra del corral de los chivos, que será el sitio de la nueva huerta.

Scanned with CamScanner

X. En búsqueda

No dudamos de la existencia de lo que aquí hemos denominado laxamente "locura". Pero una de las cuestiones a ella referida reside en saber en qué medida corresponde a una construcción social y en qué medida tiene una existencia independiente.

Por otro lado, se advierte que los dispositivos que se muestran a su alrededor son muy heterogéneos: algunos se centran más en las dificultades que ella presupone —rotulando, "tratando" y segregando— mientras que otros se orientan ante todo hacia las posibilidades y vías de superación.

Estos dispositivos tienen que ver con el trato social que se dispense al fenómeno de la locura.[1]

En el universo popular, así como el discapacitado guarda un espacio social sin que se generen mecanismos muy marcados de aislamiento, a la persona considerada como "trastornada", con un "daño" o "débil de mentalidad", tampoco se le imponen formas especiales de control (o represión) más allá de las usuales de la dinámica comunitaria. Pero, a medida que se va conformando una representación social de la internación psiquiátrica por el contacto con el sistema oficial de salud, se van incorporando lentamente otros modos de adecuación a la dimensión de la locura, modificándose así el trato social original.[2] En este sentido un ejemplo elocuente es el pedido de internación psiquiátrica de las familias de personas designadas como "locas", sobre todo en áreas urbanas, aunque comenzamos a recibirlo también de pobladores rurales.

M. Foucault, *Historia de la locura en la época clásica*, México, Fondo de Cultura Económica, Colección Breviarios, 1979.

El alcoholismo es un problema aparte. Se da un fuerte señalamiento comunitario del alcohólico. No obstante, se trata de un hecho complejo y ambivalente: registra una altísima frecuencia y, a la vez, presenta un alto grado de estigmatización. Por otro lado, en la zona en que trabajamos se da la ecuación "alcoholismo/pobreza/desnutrición".

Hay referencias al "alcoholismo de clase" también en Chile (Riquelme, 1987). Una famosa frase de Cornelio Saavedra (chileno, 1823-1891), quien fuera uno de los artífices de lo que en Chile se llamó la "Pacificación de la Araucanía", dice: "La pacificación de la Araucanía nos ha costado mucho mosto, mucha música y poca pólvora" (citado por Bengoa, 1985 y Riquelme, 1987). Aquí se refleja dramáticamente la ideología de la represión y la función que, en ella, cumplió el alcohol.

Entonces, no debería descartarse la idea de una construcción social de la locura, proceso que toma diversas versiones según la peculiaridad de cada persona. Esta peculiaridad tiene que ver con los factores predisposicionales y las contingencias biográficas; pero tales factores, llamémosles "individuales", están influidos por un ambiente social[3] estructurado alrededor de representaciones específicas, históricas, de la locura.

Pensamos que la manifestación de la locura no puede ser superada sólo con sentido común, empatía o comprensión.[4] Son necesarios los enfoques técnicos, que no son patrimonio exclusivo de la medicina científica. Lo que discutimos es, justamente, la cualidad y calidad de tales intervenciones.

En nuestro trabajo hemos tratado de plantearnos cuestiones tales como: ¿En qué medida la apelación a efectores oficiales agota el motivo de consulta y en qué medida lo hace la medicina popular? ¿Qué relación se establece, en uno y otro caso, entre el diagnóstico y el motivo de consulta? ¿Cuáles son los resultados de un abordaje conjunto a este respecto? ¿En qué medida y con cuáles resultados cada uno de los sistemas de salud toma en consideración las dimensiones subjetiva y comunitaria que conlleva la locura teniendo en cuenta que hay diagnósticos formulados por un *juicio clínico* (oficial o popular) que deben diferenciarse de los diagnósticos aportados por los *juicios profanos* (legos) es decir, que debe distinguirse entre las enfermedades del enfermo y las enfermedades que la familia y la comunidad le adjudican? Porque tales juicios no siempre coinciden; aunque es frecuente que el juicio lego se nutra del juicio clínico y que también se dé el proceso inverso en la medida en que el juicio clínico contiene importantes elementos del "sentido común".

¿En qué medida los efectores de ambos sistemas de salud creen en lo que la persona piensa y dice acerca de lo que le ocurre?; y, además, ¿lo incorpora como factor constitutivo de su juicio clínico?

Pero, también, ¿en qué forma cada uno de ellos puede volverse al mismo tiempo crítico respecto de la enfermedad del paciente y crítico respecto de su propio diagnóstico clínico,[5] ejerciendo una "crítica inmanente", embarcada en una búsqueda sistemática de posibles fuentes de distorsión, y denunciando deformaciones y contradicciones, aunque ellas sean inherentes, por otra parte, a toda realidad humana?

¿Como puede tender hacia estos objetivos la acción conjunta? La

[1] En este sentido conviene hacer algunas distinciones. Existen enfermedades en donde los factores sociales tienen un protagonismo central: desnutrición, alcoholismo. En otras enfermedades esos factores están más apagados: ciertas enfermedades genéticas, lesiones y disfunciones neurológicas. Sin embargo, en ellas los factores ambientales juegan un papel fundamental, si no en su determinación en lo que será su desenvolvimiento en la vida de la persona. Por ejemplo, hace relativamente poco tiempo que se ha empezado a tener en cuenta la centralidad de los afectos en lo que hace a la felicidad de los niños con síndrome de Down; y este hecho todavía no parece alcanzar para lograr una modificación sustancial de la representación social y de las actitudes al respecto.
En cuanto a la "locura secundaria" —psicosis alcohólica o demencia senil, por ejemplo— tiene que ver, en lo sustancial, con la interrelación que se logra establecer entre los factores constitucionales y los continentes sociales del caso.

[2] D. Ingleby (comp.), *Psiquiatría crítica. La política de la salud mental*, Barcelona, Grijalbo, 1982.

[3] Aquí no se está poniendo el acento en los usos sociales de la locura y de sus formas diagnósticas, como tampoco en los posibles beneficios secundarios implicados.

Scanned with CamScanner

estrategia del abordaje conjunto, ¿expone la relación de dominación que existe entre ambas prácticas o, por el contrario, la encubre reforzándola con un discurso que es pluralista sólo en apariencia? ¿Con qué alcance se establecen *diálogos genuinamente interculturales*,[6] en donde se respeten cosmovisiones y capacitaciones que permitan, entonces, tender los puentes de una comunicación *con sentido compartido*, sin hacer "usos rituales" entre ellos, para alcanzar fines impuestos y extraños al otro?

Damos mucha importancia al significado de los *articuladores sociales*, encarnados en personas, grupos e instituciones que, desde el horizonte de una pertenencia sociocultural múltiple, logran conceptualizaciones interculturales.

Y, en el área central de este trabajo, señalamos que por medio del vínculo que reconoce e incorpora el conflicto, resulta una práctica de salud en donde aparecen acuerdos en los aspectos diagnóstico y terapéutico, que involucran una reformulación de las perspectivas iniciales.

Por ejemplo, un poblador internado con un cuadro de abstinencia alcohólico supone, y así se lo dice al médico oficial, que tiene un "daño" (autodiagnóstico). Se hace la interconsulta con la curadora popular. Ella, luego de examinar "las aguas" le dice al poblador su diagnóstico : "un daño que se produce a través del vino".

Se da, así, una intersección de los significados del concepto de "daño" usados por uno y otro efector.

Parte de la semántica del médico oficial fue incorporada a la otra, usada por la curadora popular y el poblador.

Recordemos que una de las formas tradicionales de transmisión del "daño" es a través de la intromisión de cuerpos extraños en el organismo humano, a veces bebidas y alimentos.

Esto nos dice que la curadora, en realidad, no usó ningún elemento disruptivo en su nueva definición, ampliada, de "daño".

El resultado, en este ejemplo, fue que el punto de vista de la curadora popular fue de alta calidad, no sólo por el éxito posterior obtenido sino, en

[6] En el trabajo de campo, independientemente de que grabemos o no la reunión o visita, como material complementario, algunas veces solemos escribir un breve relato personal en el que intentamos condensar nuestra perspectiva y evaluación. Ahora queremos recordar uno de ellos, en ocasión de una visita a una curadora popular del suburbano.
Fue una rara ocasión en que se pudo asistir a los pasos finales de la curación de un niño. Más allá de los aspectos descriptivos y de registro, queremos hacer hincapié en el "escenario dramático" en que se desenvolvió la primera parte de esta reunión. En tal sentido, al ver al chico en el ambiente general que lo rodeaba durante la curación así como las actitudes y los modos de los actores involucrados (también estaba presente el padre del niño), el "extraño" (esta vez, el "blanco", Monod, 1975) experimentó algo que se podría definir como un "golpe de certeza" acerca de las posibilidades de la enfermedad y del restablecimiento dentro de un contexto sociocultural determinado.
Antes de conversar y de argumentar sobre la enfermedad con la curadora, el visitante supo ("vio", "sintió" y "conoció") que el chico tenía un "daño". Comprendió, aunque no compartiera.
Se plantea, así, un factor de dilucidación extremadamente complejo que tiene que ver con los procesos emocionales y vinculares del conocimiento, con los cambios del alcance de la percepción y con la generación de las condiciones que permiten procesos cognoscitivos fundados en patrones diferentes a los habituales.

especial, por el respeto con que encaró su relación con el efector oficial y, sobre todo, con el propio afectado.[7]

Entonces, ¿es desde esta situación desde donde se pueden elaborar perspectivas diferentes?

¿En qué medida se contribuye a superar distorsiones en la percepción, comprensión y acciones de las personas e instituciones en el marco de un sistema social fuertemente conflictivo?

¿Acaso lo que muchas veces es visto como una intrusión de las prácticas populares en el espacio institucional oficial no es, en realidad, una forma de ir acercando la legalidad real a la oficial? ¿Y aquello que se vive como una pérdida de espacio y un empobrecimiento de las acciones de salud no es, en última instancia, una ganancia en la gestión de la salud?

[7] Creemos que la concepción de la atención primaria en contextos interculturales que intentamos transmitir es un ejemplo del sentido inverso de la intersección a la que aludimos.

Scanned with CamScanner

Anexo 1. El Plan de Salud del Neuquén*

Jorge Daniel Grünmann

Un poco de historia

Las tierras de lo que hoy es el Neuquén estaban pobladas hasta el siglo pasado por los indios picunches, pehuenches y huilliches, todos pertenecientes al pueblo mapuche, que extendía su territorio desde un oceáno hasta el otro. Entre 1879 y 1884, durante la Campaña del Desierto, las expediciones de los generales Roca y Villegas provocan la huida de la mayor parte de los indios a Chile. Inmediatamente, por ley nº 1532 del año 1884, se crean los Territorios Nacionales, entre ellos el del Neuquén, designándose al general Olascoaga como primer gobernador territorial.[1]

Luego de un prolongado período de total abandono, el Territorio Nacional del Neuquén se transforma en Provincia por ley nº 14.408, del mes de junio de 1955, entrando en vigor su Constitución el 1º de diciembre de 1957. Su primer gobernador fue Ángel Edelman, sucedido al año —por su enfermedad y posterior fallecimiento— por Alfredo Asmar. El golpe de estado que, en 1962, interrumpió la presidencia de Arturo Frondizi, provocó la anulación de las elecciones en las que había triunfado Felipe Sapag, encabezando un recién nacido movimiento provincial. Este movimiento vuelve a ganar las elecciones de 1963, coincidiendo con la presidencia del Dr. Arturo Illia, iniciándose así los gobiernos del Movimiento Popular Neuquino. Este gobierno también se interrumpe cuando el golpe de 1966. En 1970 este partido reasume el gobierno y ese año se inicia el Plan de Salud del Neuquén. Con la presidencia de Héctor Cámpora, vuelve a ser gobernador Felipe Sapag, hasta el golpe de estado de 1976. El resto es historia más cercana: se suceden los interventores federales hasta el nuevo gobierno de Sapag, en 1983. En diciembre de 1987, por primera vez en la historia del Neuquén, el gobernador constitucional concluyó su mandato y entregó el poder al actual gobernador, Pedro Salvatori, quien había sido ministro de Economía de la anterior administración.

La Constitución neuquina tiene aspectos muy interesantes, especialmente en el área social. Reserva ocho artículos para la salud: en su Art. 287 define a la salud como capital social, asegurando servicios gratuitos a todos sus habitantes; en los sucesivos artículos (288 a 294) se destacan algunos conceptos: se reconocen premisas asociadas al mejoramiento de la salud, tales como la medicina preventiva, la creación de fuentes de trabajo; se asigna preferente atención a los lugares alejados y carentes de recursos, y a la prevención de las enfermedades infecto-contagiosas, el alcoholismo, la desnutrición, etc.; se establece un año de plazo para que el Consejo Provincial de Salud eleve la planificación general de la atención de la salud; se asegura la protección de la maternidad, antes, durante y después del parto, y de la niñez hasta la adolescencia.

El gobierno neuquino, consciente de las severas falencias de la provincia en materia sanitaria, convoca en 1970 a Elsa Moreno y Néstor Perrone para que organicen el sector público del área. Fue una inteligente elección que permitió encarar los problemas aplicando los conocimientos y técnicas más modernos de administración de salud.

En esos años, los elementos que caracterizaban la situación eran principalmente: alta natalidad, alta mortalidad general e infantil, elevada incidencia de enfermedades inmunoprevenibles, respiratorias y diarreicas; elevado número de muertes sin atención médica y por causas encuadrables en las *mal definidas*; endemias con elevada prevalencia (hidatidosis, tuberculosis); escasez de servicios de salud; escasez de personal, con elevados porcentajes de enfermeros empíricos, alto número de partos domiciliarios, sin atención médica y sin control durante el embarazo; carencia de normas de atención, supervisión y evaluación; falta de integración de los servicios de salud entre sí y con el nivel central; atención exclusiva de la demanda espontánea y casi sin actividades de prevención; muy escasa participación del sector salud en el saneamiento básico del medio ambiente, a pesar de los serios problemas existentes en tal sentido.[2]

Me contaba Don Felipe Sapag,[3] en una agradable conversación mantenida recientemente, que durante su primer gobierno se hicieron algunas obras edilicias y se concretaron algunas incorporaciones en salud, pero con el convencimiento de que se estaba actuando en la coyuntura, sin desarrollar un sistema de salud. En 1970 tuvo como ministro de Asuntos Sociales al Dr. Antonio Del Vas, quien se ocupó de convocar a Elsa Moreno y a Néstor Perrone para encomendarles justamente eso: la planificación

*Consideramos imprescindible proporcionar un panorama del Plan de Salud de la provincia del Neuquén por la peculiaridad que ofrece en el contexto de las políticas de salud en Argentina.
Al mismo tiempo, es en el espacio institucional brindado por el Ministerio de Salud Pública del Neuquén y la Jefatura de la Zona Sanitaria IV donde nos estamos permitiendo ampliar las fronteras epistemológicas del proceso local de salud y enfermedad.
El jefe de la Zona Sanitaria IV, Dr. Jorge Daniel Grünmann, parte incuestionable del afianzamiento del plan en la provincia, ha elaborado, con su habitual espíritu de colaboración y con una inteligente combinación de información estadística y fuentes orales, el texto que ahora presentamos.
A pesar de la justeza y excelencia que resultan de este informe, no siempre compartimos todos sus puntos de vista. A veces, él tampoco comparte alguno de los nuestros. Pero unos y otros forman parte de un mismo fondo de interrogaciones y anhelos. W.A. y B.K.

[1] Alicia García Bates y Néstor Perrone. *Mortalidad infantil en la provincia del Neuquén*. diciembre de 1983.

[1] Horacio Lores. "Organización del sistema provincial de salud y plan de acción para el período 1984-1987". Subsecretaría de Salud, Neuquén, 1984.
[2] Felipe Sapag, entrevista personal, San Martín de los Andes, 3 de junio de 1990.
[3] H. Lores, *op. cit.*

Scanned with CamScanner

orgánica de un sistema de salud que resultara continente para el pueblo neuquino. Está convencido de que, en los primeros años del Plan de Salud, se desatendieron aspectos importantes en otras áreas para asegurar un presupuesto suficiente y así poder consolidar el sistema.

A partir de 1970, la planificación se sustentó en los siguientes principios: la decisión política de asignar a la salud el carácter de prioridad fundamental y de apoyar con los recursos necesarios, incorporándola a los planes de desarrollo del gobierno provincial; la organización sectorial basada en el reordenamiento del nivel central, la zonificación y la integración de todos los efectores oficiales, con aplicación del principio de normalización central y ejecución descentralizada; la extensión de cobertura de atención médica primaria a toda la población; la incorporación de los conceptos de la moderna administración de salud (programación, evaluación, determinación de prioridades, administración racional de recursos, etc.) en todos los estratos del sector.[4]

Se desarrollaron programaciones específicas para abordar cada necesidad: adecuación de los efectores, ordenándolos por niveles de complejidad, con asignación de *áreas programa*; ampliación y creación de hospitales, construcción de *consultorios periféricos* en los barrios periurbanos y de *puestos sanitarios* en zonas rurales; incorporación de personal según prioridades y capacitación de los empíricos; adecuación del equipamiento. Al mismo tiempo se desarrollaron normas para la atención materno infantil, la atención institucional del parto, la asistencia alimentaria con leche en polvo a los grupos bajo control; la inmunización, siguiendo las normas nacionales, por medio de un programa regular permanente, reforzado con los operativos nacionales; el control de la tuberculosis (búsqueda de casos, tratamiento según normas, control de contactos, vacunación); el control odontológico programado del escolar; el control del vector de la enfermedad de Chagas; el control de la hidatidosis; el saneamiento básico.[5]

Una prueba de esto la encontramos en la primera programación de actividades, para el año 1971,[6] de donde extracto: ..."intenta una programación de actividades provincial única, por consolidación de los programas de actividades de los establecimientos y sus áreas... [ya planteaba una programación horizontal cuando a nivel nacional estaban en boga los programas verticales, con sus respectivos jefes de programas]. ...Adecuación de la estructura del Sector Salud (regionalización, normalización central y descentralización ejecutiva, coordinación técnico-administrativa). Un producto final integrado exige una combinación organizada de recursos, lo que obligó a tratar de lograr una estructura adecuada del Sector Salud, fijando niveles jerárquicos, divisiónde l trabajo, funciones y líneas de comunicación y mando que aseguren la coordinación técnico-administrativa de todos cuantos participen en las actividades".[7] Plantea la necesidad de convertir a la entonces Dirección General de Salud Pública en una Subsecretaría de Salud, la cual estaría asistida por una Dirección General responsable de coordinar el Nivel Central (esencialmente normativo), con las Jefaturas Zonales. Los directores del Nivel Central, junto con los jefes zonales,

[4] H. Lores, *op. cit.*
[5] Elsa Moreno, "Programación de actividades - 1971", Dirección General de Salud Pública, Neuquén.
[6] E. Moreno, *op. cit.*

constituirían —en conjunto— el Consejo Técnico Asesor.

Con fines de regionalización, el territorio provincial fue dividido en cuatro Zonas Sanitarias, con cabeceras en Neuquén, Zapala, Chos Malal y Junín de los Andes. Las dos zonas que primero se instrumentaron fueron la Zona III, con asiento en Chos Malal, y la Zona IV, en Junín de los Andes. Los Drs. Alberto González y Roberto Cerella, respectivamente, fueron, sus primeros jefes.[8] Debo aclarar que —en 1971— cuando se decide terminar las obras del nuevo hospital de San Martín de los Andes, se traslada la cabecera de la Zona IV de Junín a aquella ciudad. "Se busca dar realidad a la región sanitaria, implantando en esta primera etapa la región operativa, como repetidor técnico del nivel central, adecuando y supervisando las normas de actividades e instrumentos, e iniciando la descentralización administrativa con la supervisión del trámite a nivel zonal, hasta la maduración de las estructuras que permitan concretar la región administrativa (delegación de lo delegable)."[9]

A principios de 1972, la subsecretaria de Salud —Dra. Elsa Moreno— expone la evaluación del primer año de programación.[10] Esta práctica de desarrollar una detallada programación anual y de la consiguiente evaluación al cabo del período se mantuvo vigente varios años, hasta la consolidación del sistema. En ella encontramos que los 30 servicios de atención médica de que la provincia disponía en marzo de 1970, se habían incrementado en 12 establecimientos, mientras que otros 20 estaban en etapa de proyecto o ejecución. "Paralelamente se fueron estructurando el Nivel Central y Zonas Sanitarias e incorporando profesionales con formación en administración médica y otras disciplinas... Se agregó la visita médica periódica a poblaciones nucleadas y escuelas y la visita domiciliaria por agente sanitario".[11] El porcentaje de partos institucionales en 1971 fue del 78,3% el valor más elevado se registró en Zona I (Neuquén), con un 92,6%, y el más bajo en Zona III (Chos Malal), con apenas el 46,0 por ciento.

Vale la pena revisar los principales indicadores en esos años en que les tocó actuar a los pioneros de la salud pública neuquina:

Cuadro 1

Indicadores	*1969*	*1970*	*1971*
Población	132.946	154.570	164.689
Nacidos vivos	5.140	5.360	5.962
Tasa natalidad	39,2	34,7	36,2
Tasa mortalidad general	12,2	10,4	8,8
Tasa mortalidad infantil	97,1	108,4	72,8
Tasa mortalidad neonatal	41,2	43,3	30,5
Tasa mortalidad postneonatal	55,8	65,1	42,3
Tasa mortalidad materna	1,9	0,9	1,2
Tasa mortalidad 1 a 4 años	5,8	5,2	3,1

Fuente: Osvaldo Pellin, "Evaluación de Actividades Año 1973". Subsecretaría de Salud

[8] Antonio J.L. García, entrevista personal, Neuquén, 13 de junio de 1990.
[9] E. Moreno, *op. cit.*
[10] E. Moreno, "Evaluación de actividades - Año 1971", Subsecretaría de Salud, Neuquén, enero de 1972.
[11] E. Moreno, *ibidem.*

Scanned with CamScanner

Obsérvese el descenso sensible de las tasas de mortalidad, es decir, con qué rapidez comenzaron a responder a las acciones emprendidas. También es interesante ver que el mayor peso en la mortalidad infantil lo posee la tardía, como corresponde a la etapa de desarrollo que estamos observando. El incremento de la mortalidad infantil en 1970 se suele atribuir al mejoramiento de los registros, tanto de Salud como del Registro Civil.

Los recursos humanos

Merece una consideración especial el valor que nuestro sistema asignó a sus recursos humanos, destacándose especialmente las decisiones sobre formación de recursos y el firme mantenimiento de la dedicación exclusiva como régimen preferencial para el profesional.

Se comenzó formando como auxiliares de enfermería al personal empírico: había 143 enfermeras empíricas en 1970. En muchos casos se debió completar previamente su formación primaria, pero se consiguió revertir su predominancia. El siguiente gran paso en enfermería se dio 15 años después, en 1985, con la creación de la Escuela Superior. Así, en 1989 tuvimos el primer egreso de graduados en Enfermería.

En los primeros años era sumamente difícil obtener médicos capacitados para cubrir las necesidades de los hospitales del interior. Nuestro país disponía de excelentes mecanismos de formación de especialistas, a pesar de su visión fundamentalmente orientada a la recuperación de la salud y dirigida al individuo; pero se carecía de instrumentos formales para capacitar médicos con una concepción más amplia del ser humano y predispuestos a la prevención de la salud, no sólo del individuo sin también de las comunidades. Ante esta realidad se tomó la decisión de formar un recurso médico específico para desempeñarse con eficacia en los hospitales rurales, inaugurándose en 1974 la Residencia en Medicina General con sede en el Hospital Neuquén.

Fue en ese año que me integré al sistema de salud neuquino, ocupando un cargo de cirujano del Hospital Dr. Ramón Carrillo de San Martín de los Andes. Pude comprobar el viraje en la calidad de atención que se produjo en los hospitales rurales de nuestra zona, a partir de la incorporación de egresados de la residencia, desde 1976.

En ese entonces se aspiraba sólo a eso, a ofrecer un servicio médico idóneo para satisfacer las necesidades de las pequeñas comunidades y que —al mismo tiempo— pudiera efectuar derivaciones oportunas y normatizadas al hospital cabecera zonal, cuado así lo requiriese la complejidad del problema de salud. Debemos ubicarnos en una época en la que las comunicaciones no eran fáciles. En la mayoría de las localidades no había teléfono; colaboraba con nosotros la Policía Provincial a través de su red de radioestaciones, tanto para el envío de mensajes como para realizar interconsultas. Recién a partir de 1978, comenzó a estructurarse la red de radio en los hospitales (que actualmente alcanza a la casi totalidad de puestos sanitarios o escuelas rurales), así como el enlace al telediscado nacional, con la consiguiente disponibilidad de teléfonos en toda la provincia.

Declamos que el objetivo planteado se limitaba a satisfacer esa necesidad, entendiendo que, después de su paso por un hospital periférico, el

médico podría aspirar a alguna forma de especialización. Algunos años después se empezó a valorar la Medicina General como una especialidad más, en la que el médico podía satisfacer su vocación y al mismo tiempo transformarse en un recurso muy valioso para ser insertado en hospitales de mayor complejidad y en centros de salud ambulatorios. Esta actitud nació a partir de la concordancia entre la internalización, por parte de las autoridades de Salud, de las potencialidades del médico general y la fuerte vocación generalista que muchos ex-residentes desarrollaron. Una organización civil que nació en 1978, la Sociedad de Medicina Rural, tuvo mucho que ver con la valoración del médico generalista, dentro de un contexto tradicional que sólo otorga prestigio a los subespecialistas. No se crea por esto que el tema está definitivamente resuelto. Existe aún un cierto grado de competencia entre especialistas lineales y generalistas, algunas de cuyas causas no son difíciles de esbozar:

—el especialista llega formado en una gran ciudad, con todo el bagaje de la formación médica tradicional argentina, y observa desde un plano de superioridad al generalista;

—asumiendo que alrededor del 80% de los problemas de salud pueden ser resueltos con la tecnología comprendida en la atención primaria (cuyo recurso médico nuclear es el generalista), es evidente que se generen conflictos de competencia donde conviven las dos formaciones;

—nosotros también contribuimos dando mensajes contradictorios: por una parte, planteamos una política de atención de la salud en la que el médico general ocupa el primer nivel de atención, aspirando a que el especialista lineal sea requerido para referir un paciente que necesita otro nivel de atención; pero, al mismo tiempo, incorporamos un especialista de las clínicas básicas en un hospital de mediana complejidad y le advertimos que deberá cumplir actividades de medicina general, que tendrá una gran carga de promoción de la salud, etc.; entonces ocurre que muchos de ellos se entusiasman sinceramente con esta modalidad y no quieren verse restringidos a actuar en un segundo o tercer nivel de atención.

Seguramente hay muchos otros motivos, en los cuales también tienen alguna responsabilidad ciertos médicos generalistas, pero creo que es importante tener bien claro que el problema no está resuelto totalmente y que debemos seguir discutiéndolo, ya que en esto se está jugando buena parte del futuro de la atención médica neuquina.

En 1989 se inició una nueva etapa en la formación del médico general, descentralizando la residencia del Hospital Provincial Neuquén. Los nuevos residentes de primer año iniciaron formaciones paralelas en el Hospital Bouquet Roldán, de la ciudad de Neuquén, y en el Hospital Zapala. Sus instructores son —casi en su totalidad— médicos generalistas con una prolongada experiencia en diferentes centros de la provincia. Hemos propuesto que, en su formación, efectúen pasantías significativas por hospitales de baja y mediana complejidad para que egresen con un conocimiento más acabado de las realidades rurales.

Hay muchas otras actividades de capacitación, con mayor o menor grado de continuidad, en las que no creo necesario extenderme, salvo para mencionar la formación de los agentes sanitarios. La capacitación tradicional consistió en un curso breve, de un mes y medio, con recapacitaciones periódicas en el hospital de destino. La elevada movilidad de este personal obligó en muchas oportunidades a incorporar empíricos, que debían ser

Scanned with CamScanner

capacitados con posterioridad. Los reclamos de formación que han hecho los mismos agentes sanitarios, así como la realidad observada por los responsables de los hospitales y las áreas técnicas del Ministerio, han provocado que en la última reunión provincial de planificación de recursos humanos hayamos acordado que la formación del agente sanitario no debe ser inferior a la de un auxiliar de enfermería, a cuya currícula se deberá agregar la capacitación específica en terreno.

Los logros

Los resultados no tardaron mucho en hacerse notar: el dramático descenso de la mortalidad infantil, una disminución notable de mortalidad por enfermedades transmisibles y por causas mal definidas, la casi desaparición de enfermedades inmunoprevisibles. No se notifican casos de difteria y polio desde 1972, y se registran solamente pocos casos aislados de tétanos, sarampión y coqueluche en los últimos años. Sin embargo, en 1989 se denunció una cantidad llamativa de casos de sarampión, pero concentrados preferentemente en grupos de edades no cubiertas, es decir menores de un año y adultos.

Cuadro 2. Exposición de algunos indicadores de salud

Indicadores	*1970*	*1980*	*1988*
Población	154.570	243.850	359.221
Nacidos vivos	5.360	8.521	10.647
Tasa natalidad	34,7	34,9	29,6
Tasa mortalidad general	10,4	5,9	4,6
Tasa mortalidad infantil	108,4	32,6	21,9
Tasa mortalidad neonatal	43,3	18,5	14,2
Tasa mortalidad postneonatal	65,1	14,9	7,7
Tasa mortalidad materna	0,9	0,8	0,2
Tasa mortalidad 1 a 4 años	5,2	1,8	1,1

Fuente: O. Pellin, *ob cit.*; Gustavo Tosello, *Información Estadística Año 1988 y Primer semestre 1988/1989*, Dirección General de Información y Control, Ministerio de Salud Pública.

Comentarios: Se han tomado como modelos el año de la implementación del Plan de Salud, un corte 10 años después, y el último año disponible. Los valores de población y de nacidos vivos son números absolutos; las tasas están todas expresadas por mil (o/oo). La población ha crecido en forma constante, con una tasa de natalidad que ha decrecido poco. La mortalidad general ha disminuido a casi un tercio, en parte debido al mejoramiento general de las condiciones de vida y de acceso a la salud, y en parte también por tratarse de una población esencialmente joven. La tasa de mortalidad infantil define el riesgo de morir en el primer año de vida y se puede descomponer en la neonatal (muertes del primer mes de vida) y la postneonatal (desde el segundo mes hasta antes de cumplir el año). Está relacionada con múltiples factores: servicios de salud y su accesibilidad, condiciones de vida, nutrición, educación de los padres, etc. La postneonatal es de más fácil corrección, por estar condicionada por el mayor

o menor control que se ejerza sobre enfermedades comunes (diarreas, bronquitis) y otras prevenibles por vacunas. La neonatal es más rígida por estar muy influida por factores asociados al parto (bastante controlables) y a malformaciones congénitas (muy poco controlables). Obsérvese que, en los primeros años, con una mortalidad infantil elevadísima, el mayor peso lo ejerce la postneonatal; mientras que, al mejorar las condiciones, se produce un entrecruzamiento de las tasas y adquiere más peso la neonatal. La mortalidad entre 1 y 4 años de edad, cuando es alta (como en los primeros años que se muestran en el cuadro), está determinada —principalmente— por enfermedades asociadas a la desnutrición. En cambio, cuando se alcanzan valores más tolerables, está afectada en primer lugar por los accidentes, como ocurre en nuestro caso. Los valores de la mortalidad materna están relacionados con el control del embarazo y la atención institucional del parto.

Consecuente con esto, aumentó el peso relativo de la morbimortalidad por enfermedades cardiovasculares y neoplásicas y por accidentes. Los accidentes ocupan el tercer lugar como causas de muertes generales y el primero en el grupo de 1 a 4 años.

Esto mereció un significativo párrafo de Aldo Neri,[12] que transcribo en su totalidad: "Quizás el más notable ejemplo provincial fue Neuquén, provincia gobernada por un lúcido caudillo del interior, Felipe Sapag, que prohijó y garantizó la acción constructiva de un grupo técnico excelente, primero organizado y dirigido por Néstor Perrone y luego por Elsa Moreno. A partir de 1970, la provincia conoció logros en la mejor organización y accesibilidad de los servicios y una mejoría sustancial en los niveles de salud, no alcanzados por otras regiones del país. El resultado no surgió, claro está, de ninguna acción parcial, sino de un populismo bien administrado, de alerta sensibilidad política, que aplicó en salud, sin temores, ideas modernas y progresistas. Buena parte de los adelantos conseguidos resistieron hasta hoy los embates de las crisis institucionales mayores desencadenadas en el segundo lustro de los años 70. Ello se logró a través del mantenimiento de los principales integrantes del equipo técnico de conducción, y a la persistencia de un considerable presupuesto estatal destinado a salud".

El Dr. Horacio Lores,[13] subsecretario de Salud en el período 1983-87, al plantear el plan de acción para su administración, observa: "La salud pública neuquina se ha caracterizado por un proceso de desarrollo acelerado que acompañó el crecimiento demográfico explosivo ocurrido en los últimos 20 años, utilizando los conocimientos y técnicas más modernos de administración de salud." Caracterizando a la morbimortalidad, expresa: "La provincia del Neuquén presenta las características propias de regiones que están transitando el camino hacia un buen nivel de desarollo... Es necesario, sin embargo, recomendar que los indicadores se valoren con sumo cuidado, por cuanto hay en nuestra población grupos altamente carenciados, algunos en situación de extrema pobreza, para los cuales la generalización expresada más arriba puede resultar hasta ofensiva". Aquí Lores está haciendo referencia a una realidad que tiene su principal exponente

[12] Aldo Neri, *Salud y política social*, Buenos Aires, Hachette, 1982, págs. 109-110.
[13] H. Lores, *op. cit.*

Scanned with CamScanner

en las áreas marginales de las ciudades más importantes, donde la permanente migración de otros lugares del país, de la República de Chile y aun del interior neuquino, consolida asentamiento ilegales, en condiciones sumamente precarias, con tal intensidad que siempre llegamos rezagados con las viviendas y los servicios. Concluye —por fin— con una reflexión sustentada en la observación sobre el viraje de la morbimortalidad: "Puede afirmarse, como corolario, que en los últimos 15 años se han controlado en buena medida las enfermedades transmisibles, aquéllas más vulnerables, sobre todo en los niños, emergiendo ahora una patología de más difícil vulnerabilidad...".

Hubo decisión y continuidad. Hubo y hay técnicos de gran valor con participación en el desarrollo y mantenimiento del Plan: Osvaldo Pellín, Horacio Lores, Dina Tomio, Teresita Godoy, Antonio J.L. García, Fernando Leonfanti, Elizabeth Christiansen, Fausto Peláyes, Gualberto Méndez Valdemarin y muchos otros que intercambiaron ocasionalmente sus roles, sin mayores dificultades, por visualizar una política de Salud concordante.

Existió una importante cohesión interna de sus integrantes y apoyo por parte de la población, lo que impidió su disolución en los momentos más graves, como en el período 1976-1978, en el cual los interventores del Proceso intentaron desnaturalizarlo. ¿Por qué?, tal vez porque la dedicación exclusiva les sonaba a socialista, tal vez por un criterio exagerado de la *subsidiariedad*, término muy en boga en ese período. No tengo ningún prurito en reconocer que la situación se revirtió totalmente cuando el general Domingo Trimarco se hizo cargo de la intervención federal, a fines de 1978. A partir de ese momento, volvimos a manejar las políticas de salud con la misma libertad que teníamos antes del golpe, dispusimos de apoyo presupuestario y tuvimos al frente de la Subsecretaría de Salud al más valioso técnico que ha tenido el sistema, después de Néstor Perrone y Elsa Moreno. Me refiero a Antonio Juan Luis García, quien llegó como médico rural al hospital de El Huecú en 1967, pasando luego a Chos Malal, donde ocupó la dirección del hospital y, posteriormente, la jefatura de la Zona III. Recaló en San Martín de los Andes en 1971, antes de inaugurarse el nuevo hospital, ocupando la jefatura de la Zona IV hasta 1977, en que se trasladó a la capital provincial para desempeñarse en el nivel central.

Es agradable leer una evaluación que hace, en 1980, uno de los responsables del Plan de Salud:[14] dentro de una comparación de tres cortes, en los años 1960, 1970 y 1980, refiere que la evolución sanitaria en esos 20 años puede sintetizarse en una decidida predominancia del sector público, y en una forma regionalizada integrada como modalidad global de organización de sus recursos, con el desarrollo de un nivel central jerarquizado, estable y tecnificado, un nivel intermedio zonal respetado y consolidado y una red de servicios estructurada por niveles de complejidad creciente, articulada, con predominio de la atención ambulatoria: con una mejor distribución y desarrollo cualicuantitativo de sus recursos humanos —en particular el de enfermería por la reconversión de su personal empírico, pero también el cuerpo médico, fundamentalmente a través de la residencia en medicina general, así como de cursos de capacitación orientados a las clínicas básicas—; con el desarrollo de actividades programadas de atención primaria, particularmente para el grupo maternoinfantil; con un apoyo financiero sostenido y una administración eficiente traducida particularmente en un decrecimiento de los costos ambulatorios.

[14] A. García Bates y N. Perrone, *op. cit.*

El cambio significativo más reciente en la organización sanitaria provincial ha sido la creación del Ministerio de Salud Pública, a partir de la administración del gobernador Pedro Salvatori, en diciembre de 1987, asumiendo como primer ministro de Salud el Dr. Gustavo Vaca Narvaja.

Seguramente todo lo que hemos relatado acerca de los logros en la salud de los neuquinos no habría sido posible si no hubiera marchado paralelamente con muchos otros aspectos del desarrollo provincial, como la educación, la vivienda, el trabajo, las comunicaciones y el desarrollo económico.

Con respecto a la vivienda, el mencionado responsable del Plan de Salud comenta:[15] "La situación general de la vivienda en la provincia del Neuquén en el período en estudio (1960-1980), está caracterizada por: un crecimiento del parque de viviendas (170,4%), superior al crecimiento poblacional (121,9%); una disminución notable de la vivienda precaria... y el particular peso que adquieren las viviendas del departamento Confluencia sobre el total provincial".

Sobre este aspecto, así se expresó el gobernador, a fines de 1989: "En dos años entregamos 8.000 viviendas y hoy están en ejecución otras 6.200. Fuimos los primeros en alcanzar el financiamiento del Banco Mundial y al terminar nuestro mandato, en el 91, tendremos terminadas 25.000 viviendas en total en la provincia".[16] Para valorar estos números debe tenerse en cuenta que 25.000 viviendas entregadas por el Estado significan albergue para casi un tercio de los habitantes del Neuquén.

En el año 1980 había 59.180 viviendas en la provincia. Desde 1981 y hasta 1988 se construyeron 20.080 viviendas por planes oficiales y 8.555 viviendas privadas. En consecuencia, el parque de viviendas se incrementó en un 48,4 por ciento, mientras la población creció un 44,3 por ciento.[17]

En el aspecto educacional, la provincia mostró un cambio muy parecido al de salud, tanto en calidad como en cantidad: se construyeron innumerables establecimientos primarios, erradicándose en primer término la *escuela rancho*, acercando a las poblaciones más pequeñas la posibilidad de acceder a la formación primaria. Poblaciones de menos de 4.000 habitantes disponen de escuelas secundarias. Se creó la Universidad del Neuquén, que posteriormente dio origen a la Universidad Nacional del Comahue.

"¿Será por eso que no llama la atención que hayamos construido a razón de dos escuelas por mes: 48 en total en dos años?" [18]

Los autores citados anteriormente[19] explican: "...los valores que ofrece la provincia del Neuquén en el período en estudio expresan ostensiblemen-

[15] A. García Bates y N. Perrone, *op. cit.*

[16] Del discurso pronunciado por el gobernador Pedro N. Salvatori el día 16 de diciembre de 1989, en la ciudad de Zapala, en una reunión plenaria del Movimiento Popular Neuquino (M.P.N.).

[17] Referencias transmitidas por Ana María Núñez, coordinadora de la Secretaría de Estado del COPADE.

[18] P. N. Salvatori, *cit.*

[19] A. García Bates y N. Perrone *op. cit.*

Scanned with CamScanner

te el esfuerzo puesto en esta área, que acompañó con holgura su crecimiento demográfico. ...el fenómeno de la mortalidad infantil que nos ocupa está decididamente ligado al nivel de instrucción de la madre y más particularmente a la madurez humana de la misma".

Cuadro 3: Educación. Indicadores seleccionados y variación porcentual del período 1960-1980

	1960	*1980*	*Variac.60/80*
Asistencia escolar % población	76,5	90,7	18,6%
Alumnos matriculados/ 1000 habitantes			
—Preprimario	0,6	33,0	5.400,0%
—Primario	167,8	222,1	32,4%
—Medio	18,4	54,8	197,8%
—Superior	0,0	11,4	—
Docentes/ 1000 habitantes	11,0	31,2	183,6%

Fuente: A. García Bates y N. Perrone, *ob. cit.*

Asumiendo que puede haber distorsiones en la proyección de crecimiento poblacional, ya que transcurrieron nueve años del último censo, la estimación para 1989 es la siguiente:[20]

Alumnos matriculados / 1000 habitantes	
—Preprimario	39,8
—Primario	222,6
—Medio	82,8
—Superior no universitario	5,5
—Universitario	26,6
Docentes no universitarios/ 1000 hab.	33,3
Docentes universitarios/ 1000 hab.	4,1

"La provincia del Neuquén mantiene una estructura de población joven, con una alta y sostenida tasa de natalidad, con una organización social y de gobierno que permite reconocimientos individuales, dentro de un crecimiento de dimensiones humanamente abarcables, en un contexto que no ha perdido su carácter natural y agreste y donde la urbanización no ha limitado espacios ni interrumpido la vida común y en la que conviven la cultura mapuche revalorizada con los aportes de la inmigración criolla."[21] Si bien lo expuesto por los autores era totalmente válido en 1980, hoy —diez años después— yo no aseguraría que en la ciudad de Neuquén la urbanización no haya limitado espacios ni alterado la vida común. Por el contrario, la afluencia de migrantes en forma desmedida ha generado asentamientos ilegales y ha incrementado la delincuencia, obligando a idear nuevas acciones para prevenir y reprimir el delito, con un éxito relativo.

Con respecto a la cultura mapuche, diremos que en la actualidad hay 35 agrupaciones indígenas en el Neuquén (33 de ellas reconocidas), con

[20] A.M. Nuñez, *cit.*
[21] A. García Bates y N. Perrone, *op. cit.*
[22] A.M. Nuñez, *cit.*

un total de 12.900 habitantes para el año 1986.[22] En la población nativa goza de gran prestigio la medicina popular. No obstante, frente a la oferta de servicios médicos, no existe en general resistencia por parte de la población mapuche, la que hace uso de ambas prácticas.[23]

La expectativa de vida al nacer era de 47,0 años en 1960, habiéndose elevado a 67,76 años para el período 1976-80.[24]

La situación reciente

Como comenté más arriba, a partir del 11 de diciembre de 1987 la Subsecretaría de Salud, dependiente del Ministerio de Bienestar Social, se transformó en Ministerio de Salud Pública. Fue una decisión importante, asociada al convencimiento de que se había llegado a un punto de inflexión en los objetivos del sistema. Hay logros consolidados, como se desprende de lo anteriormente descrito, que deben permitir que —sin descuidar las actividades históricas— podamos volcar esfuerzos en aspectos más nuevos: la salud mental, las adicciones, los accidentes, la salud laboral, enfoques más abarcativos en saneamiento bajo un criterio de ecología social.

Pero, por otra parte, la realidad sanitaria se ha complicado bastante, especialmente en las principales ciudades, atendiendo a la migración que recibe nuestra provincia, de los que buscan huir de la miseria. La demanda de los servicios de salud del área metropolitana era —y es— prácticamente insostenible; pero no sólo por la inmigración, sino también por la utilización de los servicios por habitante de provincias vecinas. En algún momento el Hospital Neuquén estimó en un 30% la utilización extraprovincial de sus servicios, y no sólo para la alta complejidad a través de derivaciones institucionales, sino también para la baja complejidad como demanda espontánea de los habitantes del alto valle de la provincia de Río Negro.

Se encaró decididamente la ampliación de la oferta de servicios a través de la apertura de nuevos centros de salud ambulatorios y de la ampliación de los horarios de atención en algunos de ellos, a 12 y 24 horas. Se siguió avanzando en la transformación del Hospital Bouquet Roldán (tradicional servicio destinado a la tisioneumonología y a la rehabilitación en la ciudad de Neuquén) en hospital general; su remodelación por etapas se había iniciado tiempo atrás. Otro proyecto con varios años de antigüedad parece que se va a concretar en este año 1990: es un hospital de mediana complejidad en el Barrio Progreso de la ciudad de Neuquén, con financiamiento internacional.

También se planificaron obras de remodelación y obras nuevas en el interior de la provincia, pero la profundización de la crisis económica nacional ha estado interfiriendo en la agilidad de ejecución de las obras a la que estamos acostumbrados, y perturbando perversamente el abastecimiento de insumos.

Por otra parte, se profundizaron propuestas destinadas a obtener financiamiento de otros orígenes. Se concretó la inscripción de los hospi-

[23] A. García Bates y N. Perrone, *op. cit.*
[24] A.M. Nuñez, *cit.*

Scanned with CamScanner

tales como prestadores ante el Instituto Nacional de Obras Sociales, para generalizar gradualmente en todos los efectores la aplicación de la Ley de Arancelamiento de la que disponemos desde hace varios años y que actualmente sólo financia parcialmente la alta complejidad del Hospital Neuquén. Se elaboró el proyecto de ley de Seguro Provincial de Salud, ante el temor de vernos embarcado en el Seguro Nacional y ante la evidencia de la crisis de la seguridad social. También se dieron pasos importantes en la conformación de la Regionalización Patagónica, proyecto que remonta sus primeros antecedentes al año 1979 y que, de llegar a feliz término, permitirá coordinar esfuerzos y evitará la duplicación de gastos en tecnología para la alta complejidad, a través de la definición de centros de referencia patagónicos.

Explicamos antes que la regionalización se sustentaba primordialmente en la división territorial en zonas sanitarias y en la asignación de niveles de complejidad creciente a los establecimientos. Las cuatro jefaturas zonales iniciales sufrieron sucesivas modificaciones en estos 20 años, en directa vinculación con el crecimiento de las poblaciones y sus servicios de salud.

Actualmente existen seis zonas sanitarias:

—Area Metropolitana: con jurisdicción sobre todos los servicios de salud de la ciudad de Neuquén;

—Zona Sanitaria I-a: con jurisdicción sobre Plottier, Senillosa, Centenario y área noreste de la provincia;

—Zona Sanitaria I-b: con asiento en Cutral Co y jurisdicción sobre el área sudeste;

—Zona Sanitaria II: con asiento en Zapala y jurisdicción sobre la región oeste;

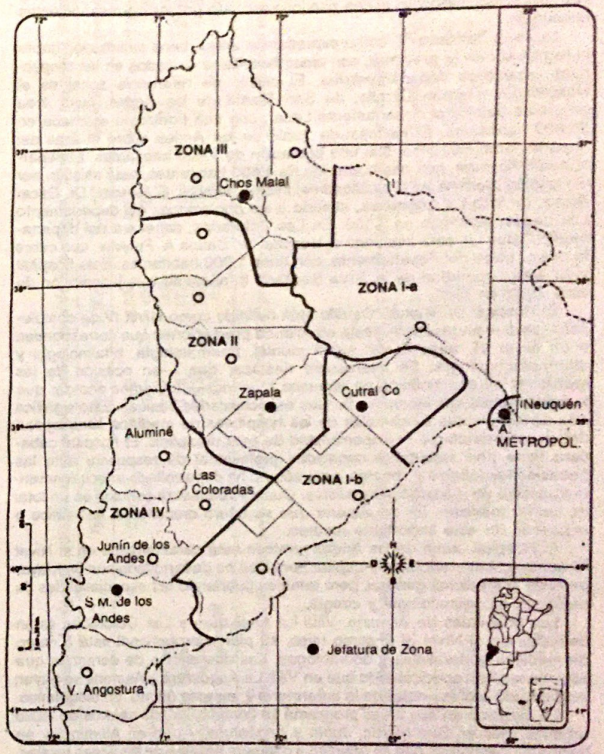
—Zona Sanitaria III: con asiento en Chos Malal y jurisdicción sobre la región norte;

—Zona Sanitaria IV: con asiento en San Martín de los Andes y jurisdicción sobre la región sur. (Véase mapa).

El nivel zonal es el escalón que vincula al Ministerio con las direcciones de los hospitales. El jefe de la zona sanitaria está definido como el representante político técnico del Ministerio en su jurisdicción. Está asistido por un grupo de coordinadores técnicos que emulan el *staff* del Ministerio. Según su función sea principalmente técnica o asistencial, tiene dependencia administrativa de la zona sanitaria o del hospital cabecera zonal. Si bien existen algunas ligeras diferencias entre una zona y otra, las coordinaciones de Administración, Enfermería, Estadísticas y Ecología, en toda la provincia están previstas con dependencia zonal; y las de Odontología, Laboratorio y —tal vez pronto— la de Nutrición, con dependencia del hospital cabecera. Atendiendo a las diferencias mencionadas más arriba, la Zona que me toca conducir ha creado algunas coordinaciones más, todas ellas a cargo de profesionales del Hospital San Martín de los Andes: Salud Mental, Rehabilitación, Servicio Social, Control de la Tuberculosis y Vademécum. No todas ostentan el nombre formal de coordinaciones zonales pero —de hecho— funcionan como tales.

La Zona Sanitaria IV, desde su localización en San Martín de los Andes, estuvo a cargo del Dr. Antonio Juan L. García. Durante el año 1974, en

Provincia del Neuquén. Zonas Sanitarias



Scanned with CamScanner

que su titular cursó la Diplomatura en Salud Pública, fue atendida por el Dr. Hugo Greco, reasumiendo García a su regreso y hasta su traslado al nivel central. Desde 1977 fue su titular el Dr. Gregorio Quirno Costa, quien dos años después fue llamado a ocupar el cargo de Director General de Salud. Desde entonces tengo a mi cargo está función. Es de destacar que el cariño que Quirno Costa ha sentido por el interior de la provincia lo indujo a volver a San Martín de los Andes en 1982, ocupando la dirección del Hospital Zonal, cargo en el que continúa avalado por los correspondientes concursos.

La Zona Sanitaria IV, como expresamos antes, tiene jurisdicción sobre la región sur de la provincia, con cinco hospitales ubicados en las respectivas cabeceras departamentales. El centro de referencia zonal es el Hospital Dr. Ramón Carrillo, de San Martín de los Andes, cuya área programa abarca el departamento Lácar, con una población estimada en 20.800 habitantes. El Hospital de Junín de los Andes cubre el área del departamento Huiliches, con una población de 9.400 habitantes. El departamento Aluminé, con una población de 4.600 habitantes, está asistido por el Hospital Aluminé en la localidad del mismo nombre. El Hospital Dr. Oscar Arraiz, de Villa La Angostura, atiende a las poblaciones del departamento Los Lagos, estimada en 3.100. En Las Coloradas, cabecera del departamento Catan Lil, está asentado el Hospital Dr. Carlos A. Potente, que cubre la mayor parte del departamento, con unos 1.300 habitantes. Este hospital y su área dependían de la Zona Sanitaria II, pasando a la jurisdicción de esta Zona en 1981.

El Hospital Dr. Ramón Carrillo está definido como Nivel IV de complejidad, pero —en realidad— está ofreciendo prestaciones que corresponden a un Nivel VI, tales como: salud mental, traumatología, oftalmología y otorrinolaringología. Es interesante destacar que —en ocasión de las reuniones de planificación de recursos humanos— logramos acordar que la salud mental sea incorporada a las especialidades básicas. Esto significa que en las plantas funcionales de los hospitales de mediana complejidad deberá contemplarse la disponibilidad de esta disciplina. El hospital cabecera tiene una importante capacidad profesional de respuesta ante las necesidades locales y zonales, pero aún no ha desarrollado adecuadamente su planta de médicos generalistas. Cuenta solamente con dos en un total de veinte médicos. Es de esperar que su futuro crecimiento se realice a expensas de este importante recurso.

El Hospital Junín de los Andes también está caracterizado en el Nivel IV aunque, a diferencia del Hospital Zonal, se ha desarrollado con un mayor peso de la medicina general, pero también cubriendo las especialidades de pediatría, tocoginecología y cirugía.

Los hospitales de Aluminé, Villa La Angostura y Las Coloradas están definidos en el Nivel III y, como tales, su planta profesional está a cargo de médicos generalistas y odontólogos. Las diferencias de demanda que ellos tienen han condicionado que en Villa La Angostura y Aluminé se hayan incorporado profesionales de la enfermería y, en este último, un bioquímico.

La atención en sus áreas programa se continúa en los centros de salud urbanos (dos en San Martín, Junín y Angostura, y uno en Aluminé) y en las visitas periódicas que se realizan a diversos parajes de las áreas rurales, con una frecuencia mensual en la mayoría de los casos, y quincenal en las más pobladas.

Cuadro 4. Exposición de algunos indicadores de salud. Valores de toda la provincia, Zona IV y hospitales de la Zona. 1988

	Provincia	*Zona IV*	*S.M.A.*	*Junín*	*Aluminé*	*Angostura*	*Coloradas*
Población (*)	359.221	40.019	18.638	9.028	4.452	2.990	1.267
Nacidos vivos	10.647	901	400	227	131	104	39
Tasa mortalidad general	4,6	3,2	3,0	3,4	3,8	7,0	4,0
Tasa mortalidad infantil	21,9	17,8	17,5	22,0	7,6	28,8	0,0
Tasa mortalidad neonatal	14,2	13,3	12,5	17,6	7,6	19,2	0,0
Tasa mortalidad postneonatal	7,7	4,4	5,0	4,4	0,0	9,6	0,0

Fuente: G. Tosello, *ob. cit.*
(*) Se contabilizan 3644 habitantes de Villa Alicurá (jurisdicción federal) en el total de Zona IV, por proyección del censo'80. Es una cifra muy exagerada en la actualidad.

Cuadro5. Exposición de cifras de producción de la provincia, total zonal y hospitales de Zona IV. 1988

	Provincia	*Zona IV*	*S.M.A.*	*Junín*	*Aluminé*	*Angostura*	*Coloradas*
Consultas médicas	1.007.315	114.285	45.238	29.917	19.991	14.470	4.669
Consultas odontológicas	112.446	19.631	9.768	3.553	3.335	2.116	859
Egresos	29.066	4.155	1.919	1.242	596	261	137
Mortalidad %	2,0	1,2	1,1	1,3	0,8	1,9	1,5
Partos hospital.	7.106	948	474	269	109	71	25

Fuente: G. Tosello, ob. cit. e información zonal.

Scanned with CamScanner

En los cuadros 4 y 5 se exhiben algunos datos de interés de cada uno de los hospitales de la Zona, comparándolos con las cifras globales provinciales y zonales.

La salud mental y nuestro equipo

Durante varios años pareció no existir una conciencia cabal de la necesidad de encarar un programa agresivo destinado a la prevención y rehabilitación en los aspectos más prevalentes de la salud mental. El único servicio que existía era el del Hospital Neuquén. Nos visitaban periódicamente, pero el acento estaba puesto en la psiquiatría y en aspectos neurológicos conexos. En algún momento —no puedo precisar la fecha— un valioso clínico del Hospital Provincial, el Dr. Esteban Bonorino, inició un trabajo serio y tesonero con los alcohólicos, que actualmente está formalizando en un Servicio de Alcoholismo y Adicciones.

El Dr. Luis Wille Arrúe llegó a la provincia a fines de 1974, a su primer destino en el hospital de Villa La Angostura. Traía una formación de médico generalista, con formación y experiencia realizadas en la provincia de Buenos Aires. Al año siguiente pasó al hospital de Junín de los Andes, donde ocupó su dirección. En 1979, cuando Quirno Costa se fue a la ciudad de Neuquén, se trasladó al hospital de San Martín de los Andes, donde también se desempeño como director, renunciando a esa función al regreso de Quirno Costa.

Su sensibilidad social y una aguda percepción lo llevaron a comprender, si bien no disponíamos de datos muy concretos, que la prevalencia de alcoholismo en nuestra región era preocupante y que valía la pena hacer la prueba de encarar un trabajo en esta dirección. Así en 1980 se formó el primer grupo de alcoholismo. Algunas respuestas exitosas que se dieron en poco tiempo reforzaron el interés en mantener esta línea. Surgieron líderes dentro de los alcohólicos rehabilitados; incluso uno de ellos se incorporó más tarde como agente sanitario.

Se incorporaron profesionales de la comunidad a colaborar con estos grupos: así el psicólogo Ricardo Musso se agregó como voluntario al equipo de salud mental en 1983, trabajando en forma continuada hasta su ingreso a la planta del hospital de San Martín de los Andes en 1985. Esta dupla fue muy productiva y el trabajo en común permitió que ambos obtuvieran las capacidades que iban requiriendo.

Lo que empezó con alcoholismo se fue transformando en lo que ellos llamaron *atención primaria en salud mental*, con un enfoque fundamentalmente preventivo; y así se fueron diversificando actividades con preferente atención a familias y grupos y, desde 1986, a la investigación sobre aspectos socioculturales.

Comprendiendo que la generalización de las acciones sobre la salud mental debía proyectarse a los demás hospitales de la Zona, con integración local, en 1984 iniciaron visitas periódicas de apoyo a los mismos. Esto luego se formalizó a través de una disposición que emitimos ese año, creando el Equipo de Atención Primaria en Salud Mental. Se designaron Coordinadores del Equipo al Dr. Wille Arrúe y al Lic. Ricardo Musso y Asistente Social a Graciela N. Castañón de Gore. Se invita también a los directores de los hospitales a designar a los integrantes locales del Equipo, ya sea personal hospitalario o miembros de la comunidad.

Es interesante observar que las misiones y funciones asignadas al Equipo de Atención Primaria en Salud Mental en aquella disposición siguen absolutamente vigentes; por ejemplo:

—El marco de la Atención Primaria en Salud Mental debe incluir los aspectos psicológicos, orgánicos y sociales del individuo, la familia y la comunidad en general, apuntando a la prevención en sus tres niveles e incluyendo las actividades de docencia e investigación.

—Las funciones básicas del Equipo son las de apoyo, coordinación y supervisión técnica de las actividades que los hospitales realicen en relación con el marco referencial descrito.

—Tenderá a la formación de grupos operativos y/o terapéuticos, dando prioridad al grupo familiar y enfatizando aspectos fundamentales como alcoholismo, crisis vitales familiares, disfunciones familiares, adolescencia, crisis institucionales, demanda espontánea, derivaciones e interconsultas.

—Buscará la activa participación de la comunidad y la interrelación con otras instituciones.

Creo que buena parte de estos objetivos se lograron, a pesar de que durante varios años no existió un reconocimiento del valor de estas actividades desde el nivel técnico central, como tampoco desde algunos de sus pares. Al director del hospital y a mí nos queda la tranquilidad de saber que, si bien no hicimos mucho por el Equipo, al menos los dejamos hacer sin obstruir su camino. Cuando estas actividades comenzaron a tener repercusión y reconocimiento nacional, se produjo una reconsideración y un cambio de actitud en los niveles técnicos centrales. Hoy, felizmente, cuentan con el aval de estos organismos y este modelo está queriendo insertarse en otros lugares de la provincia.

Comentarios finales

Tal vez no sea infructuoso efectuar algunas reflexiones finales que intenten traducir algunas de las preocupaciones que compartimos los que nos preciamos de pertenecer a este sistema casi desde sus principios. Años atrás hablábamos de una *mística* del personal que trabajaba para Salud. Hoy, en una época revulsiva, crítica, en la que los gremialistas sostienen que no somos *servidores públicos* sino simples empleados del Estado, esta expresión puede sonar ridícula.

Es probable que no hayamos sido capaces de hacer comprender a los *nuevos* que este sistema no existe desde siempre, sino que lo hemos hecho de a poco, con cariño y esfuerzo; que nuestra provincia creció en muy pocos años; que el teléfono, la televisión, el pavimento, las redes de gas, las escuelas, las viviendas y el sistema de salud no eran hace 15 años lo mismo que hoy; que en esta ciudad turística y con empuje que es San Martín de los Andes, recién hace algo así como 12 años que podemos discar un número y comunicarnos con cualquier lugar. Antes dependíamos de dos turnos diarios de una hora, para comunicarnos (comunicarnos es un eufemismo) vía radioenlace, con otras ciudades.

El Plan de Salud neuquino no tiene una historia escrita. Disponemos de documentos que son evaluaciones, estadísticas, programas, pero nadie escribió aún su historia. El ministro de Salud, Vaca Narvaja, formalizó un convenio con la Cátedra de Historia de la Universidad del Comahue para realizar esta importante tarea. Las páginas que acaban de leer están

Scanned with CamScanner

apuntaladas en recuerdos, en conversaciones con amigos y con pioneros de la política y la salud del Neuquén; y, por tratarse de recuerdos, están expuestas a inexactitudes y omisiones.

San Martín de los Andes, 15 de junio de 1990.

Anexo 2. Departamento de Catan-Lil*

Aspectos geográficos

El departamento de Catan-Lil está ubicado al sur del departamento de Zapala y sus límites departamentales son:

Al norte: Zapala y Picunches.
Al este: Picún Leufú y Collón Curá.
Al sur: Collón Curá.
Al oeste: Huiliches y Aluminé.

Superficie

La superficie del departamento de Catan-Lil es de 5.490 km², lo cual significa el 5,8% del total de la provincia.

Orografía

La sierra de Catan-Lil separa las cuencas umbríferas de Catan-Lil y Aluminé. Este departamento se caracteriza por las mesetas con predominio de cerros que superan los 1.300 metros de altura.

Las elevaciones que sobresalen son: Cerro Chachil, 2.838 m, Come Yegua, 1.887 m, Media Luna, 1.880 m, Cerro Mesa, 1.367 m y Cerro de Los Paisanos, 1.379 m.

Hidrografía

Los afluentes del río Picún Leufú, que sirve de límite departamental con Zapala, son: Los Molles y Agua de Sapo, que corren de norte a sur; el río Catan-Lil, que corre de norte a sur y que es un importante afluente del río Collón Curá.

* Fuente: Dirección de Desarrollo de Comunidades. Subsecretaría de Acción Social. Provincia del Neuquén. 1986.

Scanned with CamScanner

Clima

Las precipitaciones medias anuales del departamento de Catan-Lil no superan los 15 mm. Las variaciones climáticas dentro del departamento no modifican las características desérticas generales.

El clima árido-ventoso de la estepa patagónica es el que predomina en este departamento.

Fitogeografía

La vegetación de la zona árida es pobre y achaparrada, con elementos que continúan la vegetación típica de la gran pampa esteparia argentina.

Son arbustos esparcidos y espinosos y pastos duros. Podemos citar el chañar, jarilla, piquillén y zampa.

Propios de la región son el neneo, el calafate, mata negra y el incienso que contrastan, por su pobreza, con los pequeños sectores cubiertos de pastos tiernos, frescos y verdes de los mallines.

Zoogeografía

Poco variados son los batracios y reptiles. Las aves están representadas por familias de palmípedos, corredores, gallináceas, trepadoras, rapaces, etcétera.

Cabe destacar también la presencia de camélidos, roedores y marsupiales.

En cuanto al subreino de los invertebrados es tal que su estudio y colección satisface al especialista más exigente.

Aspectos productivos

Agricultura y ganadería

Esta zona es la de mayor receptividad ganadera de la provincia. En este departamento encontramos, por un lado, explotaciones ganaderas, y por otro, pequeños crianceros que practican la trashumancia; estos últimos poseen ganado lanar, mientras que las primeras tienen ganado vacuno.

Minería

El departamento de Catan-Lil posee una estructura en bloques con emplazamiento vertical y con presencia de algunos pliegues.

Los yacimientos registrados son 27.

Las manifestaciones mineras son de: cobre, hierro y plomo; en los minerales metalíferos tenemos arcillas, bentonita y carbón.

Forestación

Es casi nula esta actividad en el departamento.

Industria

Al no existir una localidad de relativa importancia, no existe ninguna manifestación industrial.

Turismo

En este departamento no existe ni infraestructura, ni servicios, ni recursos turísticos relevantes.

Economía de subsistencia

La economía de subsistencia está dada fundamentalmente por la ganadería y, principalmente, por la gran cantidad de ganado caprino, que provee alimentación y es objeto de comercio por parte del poblador.

Situación jurídica de las agrupaciones aborígenes

Tenencia de la tierra - situación legal

La situación jurídica de las Comunidades Aborígenes en relación con sus tierras puede resumirse en los siguientes casos:

1. Agrupaciones con adjudicación provisoria de lotes individuales por familia, en tierras fiscales.
2. Agrupaciones con "reservas" en tierras fiscales, es decir que han obtenido una concesión de uso gratuito en dichas tierras para uso de las comunidades, sin indicar de qué modo debe ser dividida la tierra.
3. Agrupaciones con permisos precarios en zona de Parques Nacionales.
4. Agrupaciones en tierras privadas con propiedad de lotes individuales.

Los tres primeros casos corresponden a la figura jurídica de concesión de tierras fiscales y el último, muy poco frecuente, al de la concesión en propiedad.

Para la elaboración de este trabajo, se consideró *indígenas* a "todos aquellos individuos que manifiestan en su conducta, individual o grupal, predominancia de elementos de la cultura precolombina y que expresan, al mismo tiempo, una conciencia de pertenencia, actual o histórica, a algunos de los grupos étnicos prehispánicos que habitaban la zona".

Al referirnos a la pertenencia histórica, hacemos mención a aquellos casos en donde los individuos pueden llegar a conectar su ascendencia étnica hasta dos generaciones pasadas, o sea hasta sus abuelos como antecesores más lejanos (datos extraídos del Censo Indígena Nacional - 1966/68).

Scanned with CamScanner

Los mapuches habitaban en comunidades reconocidas oficialmente como "Agrupaciones o Reservas" aborígenes que "consisten en un conjunto de familias asentadas en un territorio determinado, que reconocen a un jefe o cacique, quien hace las funciones de enlace ante las autoridades gubernamentales". "Estas familias pertenecen en líneas muy generales a dos o más linajes patrimoniales." (Datos extraídos del trabajo "Los mapuches argentinos en la actualidad".)

Se entenderá como *comunidad indígena* al conjunto de familias que se reconozca como tal, con identidad, cultura y organización social propias, que conserven normas, pautas y valores de tradición, que hablen o hayan hablado una lengua autóctona, que convivan en un hábitat común, en asentamientos nucleados o dispersos, o a las familias indígenas que se agrupen en comunidades de las mismas características para acogerse a los beneficios de la ley 23.302/85 (artículo 2 de la ley antes mencionada).

Se considera *indígenas o aborígenes* a los individuos que sean o puedan ser miembros naturales de esas comunidades.

Anexo 3. Personas que participaron en la construcción de esta tarea

En la ciudad de Neuquén

Julio Raby (médico)
Pablo Idiazábal (psiquiatra)
Alicia Pizarro (asistente social)

En San Martín de los Andes

Isolina Ranguileo (agente sanitario)
Flaminio Muñoz (agente sanitario)
Roberto Castillo (agente sanitario)
Herminio Casanova (agente sanitario)
Félix Sayhueque (agente sanitario)
Abel Jofré (agente sanitario)
Mirta Vázquez (agente sanitario)
Juan Carlos Manrique (agente sanitario)
Elvira Casanova (enfermera)
Ana Guerrero (enfermera)
María Menorio (enfermera)
Laura Leyton (fonoaudióloga)
Elisabeth Saavedra (enfermera)
Angela Lugones (enfermera)
Silvia Molina (ingeniera agrónoma)
Edgardo Massi
Fernando Gore (médico)
Marcelo Parada (médico)
Jorge Grünmann (médico-Jefe Zona Sanitaria IV)
Guillermo Luchtenberg (médico)
Haydée Giraudo (socióloga)

En Las Coloradas

Liliana López (asistente social)
Daniel Páez (médico)
María Fernanda Hadad (médica)

Scanned with CamScanner

Daniel MacWilliam (médico)
René Luna (agente sanitario)
Marcelino Martín (agente sanitario)
Roberto Antileo (agente sanitario)

En el Programa de Rotaciones del Hospital Ramón Carrillo de San Martín de los Andes

María Lidia Ruiz
Dagmar Söuvik
Isabel Marcone
Amparo Ferrer
Ezequiel Consiglio
Martín Olcese
Mariano Althabe
Carmen Ferrer
Juan Pablo Manterola
María Marcela Botargues
Diana Rossi
Nora Garrote
Lucrecia Rizzi
Mabel Cabrejo Mill
María Eugenia Depetris
Marisa Marion Badrán
Ana Gabriela Neuman
Mariano Horstein
Aníbal Nicolau
Daniel Arguindegy
Mabel Clavijo
Mayra de Paco
Analía Dávila
Adriana Simonassi
Silvina Brussino
Viviana Ardiaca
Víctor Vaggione

Lamentablemente, todavía estamos en un tiempo que nos obliga a ocultar la identidad de los curadores populares.

Bibliografía

Aizen, Helena, "Sistema médico y cosmovisión tehuelche y araucana", Provincia de Río Negro, Dirección de Estudios Rionegrinos, Subsecretaría de Cultura, Programa Recuperación del patrimonio histórico con todos, San Carlos de Bariloche, diciembre de 1989.

Alonqueo Piutrin, M., *Mapuche, ayer/hoy*, Chile, Imprenta y Editorial San Francisco, Padre Las Casas, 1985.

Archetti, Eduardo y Karen Stölen, *Explotaciones familiares y acumulación de capital en el campo argentino*, México, Siglo XXI, 1975.

Arrúe, Wille, Proyecto de actividades. Area Psicosocial. Hospital "Ramón Carrillo", San Martín de los Andes, 1989, ms.

Arrúe, Wille y Beatriz Kalinsky, "Hacia un estilo local en salud: una experiencia y una reflexión", *Encuentros para la salud*, año 1 nº 1, Córdoba, diciembre de 1987.

——, (a) "Comunidad, salud y participación: ¿una práctica local de la ciencia?", *MR*, Organo de la Sociedad de Medicina Rural de la Provincia del Neuquén, año 7, nº 17, Neuquén, enero de 1988.

——, (b) "Sobre los modos de la participación social en salud: algunas ideas preliminares sobre un estilo local", San Martín de los Andes, abril de 1988, ms.

——, (c) "El alcohol, la cultura y la región. Una visión local de las pautas actuales de su consumo", *Revista Española de Drogodependencia*, vol. 13, nº 2, Valencia, 1988.

——, La tecnología social en la democratización de la salud, San Martín de los Andres, noviembre de 1989, ms. (Versión preliminar.)

——, "Salud, sistemas locales de conocimiento e identidad sociocultural: una experiencia participativa de investigación", *Cuadernos de Antropología Social*, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires (en prensa).

Barros, José Augusto, "La batalla de genéricos compitiendo con los nombres de marca", *Cuadernos Médico-Sociales*, nº 45, Rosario, septiembre de 1988.

Basaglia, Franco, *La institución negada. Informe de un hospital psiquiátrico*, Barcelona, Barral editores, 1972.

Scanned with CamScanner

Bateson, Gregory y colaboradores, "Hacia una teoría de la esquizofrenia", en Don Jackson (comp.), *Comunicación, familia y matrimonio*, Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión, 1984 (1ª ed. en inglés, 1968).
Belmartino, Susana, Carlos Bloch, Ana Persello y María Inés Carnino, *Corporación médica y poder en salud. Argentina 1920-1945*, Rosario, Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Centro de Estudios Sanitarios y Sociales, 1988.
Bengoa, José, *Historia del pueblo mapuche. Siglos XIX y XX*, Santiago de Chile, Ediciones Sur, Colección de Estudios Históricos, 1985.
Berger, Peter y Thomas Luckmann, *La construcción social de la realidad*, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1979.
Bernstein, Basil, "A socio-linguistic approach to socialization", en J. Cumperz, y Dell Hymes (ed.), *Directions in socio-linguistic*, Nueva York, Holt, Rinehart & Winston, 1970.
Binswanger, Ludwig, "La escuela del pensamiento existencial", en R. May, E. Angel y H. Ellenberger (comp.), *Existencia*, Madrid, Gredos, 1977.
Bion, Wilfred, *Elementos de psicoanálisis*, Buenos Aires, Hormé, 1966.
Bleger, José, *Psicoanálisis y dialéctica materialista*, Buenos Aires, Paidós, 1958.
Bonfil, Guillermo, "La nueva presencia política de los indios: un reto a la creatividad latinoamericana", en González Casanova (coord.), *Cultura y creación intelectual en América Latina*, México, Siglo XXI, 1984.
——, "Del indigenismo de la Revolución a la antropología crítica", en C. Junqueira y E. de A. Carvalho (coord.), *Los indios y la antropología en América Latina*, Buenos Aires, Ediciones Búsqueda-Yuchán, 1984.
——, "Los pueblos indios, sus culturas y las políticas culturales", en Néstor García Canclini (ed.), *Políticas culturales en América Latina*, México, Grijalbo, 1987.
Borini, Leopoldo "Monopolios tecnológicos y desgobiernos", *Cuadernos Médico-Sociales*, nº 48, Rosario, junio de 1989.
Bourdieu, Pierre, *La reproducción. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza*, Barcelona, IAIA, 1977.
——, *Cosas dichas*, Barcelona, Gedisa, 1987.
Bowlby, John, *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*, México, Paidós, 1989.
——, *La pérdida afectiva. Tristeza y depresión*, Buenos Aires, Paidós, 1983 (1ª ed. en inglés, 1980).
Briones de Lanata, Claudia, "Puertas abiertas, puertas cerradas. Algunas reflexiones sobre la identidad mapuche y la identidad nacional", *Cuadernos de Antropología* nº 2, *Identidad e identidad étnica*, Buenos Aires, EUDEBA - Universidad Nacional de Luján, 1988.
Brunel, Marie Lise, "L'empathie en counseling interculturel", *Santé mentale au Québec*, XIV (1), 1989.
Bubner, Rüdiger, *La filosofía alemana contemporánea*, España, Cátedra-Teorena, 1984.

Canguilhem, George, *Lo normal y lo patológico*, México, Siglo XXI, 1986 (1ª ed. en inglés, 1966).
Caplan, George, *Principios de psiquiatría preventiva*, Madrid, Paidós, 1985.

Caplan, Pat, "Engendering knowledge. The politics of ethnography" (part I y II), *Anthropology Today*, v. 4 nº 5, octubre de 1988, v. 4 nº 6, diciembre de 1988.
Casamiquela, Rodolfo, *Estudios del Ngillatún y la religión araucana*, Bahía Blanca, Cuadernos del Sur, 1964.
——, *En pos del gualicho*, Río Negro, Fondo Editorial Rionegrino, 1988.
Castel, Robert, *El psicoanalismo. El orden psicoanalítico y el poder*, México, Siglo XXI, 1980.
——, *El orden psiquiátrico*, Madrid, Ediciones de La Piqueta, 1980.
Clastres, Pierre, *Investigaciones en antropología política*, Barcelona, Gedisa, 1981.
Clifford, James, "On ethnographic authority", *Representation* I, 1983.
Clifford, James y Georges Marcus (comps.), *Writing culture*, Berkeley, University of California Press, 1986.
Coña, Pascual, *Memorias de un cacique mapuche*, Santiago de Chile, ICIRA, 1973 (1ª ed. 1930).
Cooper, David. *Psiquiatría y antipsiquiatría*, Barcelona, Paidós, 1985.
Cornaglia, Carlos, "De la institución 'iatrógena' a la institución 'terapéutica'. Una propuesta cualitativa para las instituciones de salud mental", *Temas de psicología social*, Buenos Aires, 1984.
Crapanzano, Vincent, "Introduction", en *Culture, medicine and psychiatry*, 14 (2), 1990.
Curruhuinca-Roux, *Sayhueque, el último cacique*, Buenos Aires, Plus Ultra, 1986.
——, *Las matanzas del Neuquén*, Buenos Aires, Plus Ultra, 1986.

De Leonardis, Otta, "Statuto e figure della pericolosità sociale tra psichiatria reformata e sistema penale: note sociologiche", Universidad de Salerno, 1985.
Devereux, George, *Ensayos de etnopsiquiatría general*, Buenos Aires, Barral editores, 1973.
——, *En defensa de la psiquiatría*, Buenos Aires, Huemul, 1979 (1ª edición en francés, 1977).
Dirección de Desarrollo de Comunidades, Ministerio de Bienestar Social, *Objetivos y política indígena*, Provincia del Neuquén (ms.).
Douglas, Mary, *Símbolos naturales. Exploraciones en cosmología*, Madrid, Alianza editorial, 1978.
Durkheim, Emile, *Las reglas del método sociológico*, Buenos Aires, Schapiro editores, 1976.

Ey, Henry, *En defensa de la psiquiatría*, Buenos Aires, Huemul, 1979 (1ª ed. en francés, 1977).
Eysenck, H.J., *La rata o el diván*, Madrid, Alianza editorial, 1979.

Fainzang, Sylvie, "La maladie de Lucie", *Ethnologie Française*, XVIII (1), 1988.
Fanon, Franz, *Los condenados de la tierra*, México, Fondo de Cultura Económica, 1972.
Faron, Louis, "Los mapuche. Su estructura social", México, Instituto Indigenista Interamericano, Ed. especial nº 53, 1969.

Scanned with CamScanner

Foster, George, *Traditional societies and technological change*, Nueva York, Harper and Row, 1962.
——, *Tzintzuntzan. Los campesinos mejicanos en un mundo de cambio*, México, Fondo de Cultura Económica, 1972.
Foucault, Michel, *Historia de la locura en la época clásica*, México, Fondo de Cultura Económica 1979, (1ª ed. en francés, 1964).
——, *Microfísica del poder*, Madrid, Ediciones de La Piqueta, 1979.
——, *Las palabras y las cosas. Una arqueología de las ciencias humanas*, Barcelona, Planeta-Agostini, 1984.
Frankel, Daniel y Ana Lía Kornblit (con la colaboración de Wille Arrúe), "Variables psicosociales en el estudio de familias con enfermos orgánicos crónicos", *Medicina y sociedad*, vol. 12, nº 5-6, setiembre-diciembre de 1986.
Freud, Sigmund, "Conferencias de introducción al psicoanálisis", en *Obras completas*, v. XVI, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1978.
——, *El malestar en la cultura y otros ensayos*, en *Obras completas*, t. XXI, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1978.
Fromm, Erich, *Psicoanálisis y ética*, México, Fondo de Cultura Económica, 1957.
——, *Psicoanálisis de la sociedad contemporánea*, México, Fondo de Cultura Económica, 1958.

García Bates, Alicia y Néstor Perrone, *Mortalidad infantil en la provincia del Neuquén*, diciembre de 1983.
García Canclini, Néstor, *Las culturas populares en el capitalismo*, México, Editorial Nueva Imagen, 1986 (1ª ed., 1982).
—— (ed.), *Políticas culturales en América Latina*, México, Grijalbo, 1987.
Garfinkel, Harold, *Studies in Ethnometodology*, New Jersey, Prentice-Hall, 1967.
Geertz, Clifford, "Distinguished lecturer: Anti Anti-relativism", *American Anthropologist*, v. 86, nº 2, junio de 1984.
——, *La interpretación de las culturas*, México, Gedisa, 1987.
——, *El antropólogo como autor*, Barcelona, Paidós-Studio, 1989.
Goffman, Erving, *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1981.
Good, Byron y Mary-Joe Delvecchio Good, "The meaning of symptons: a cultural hermeneutic model for clinical practice", en L. Eisenberg y A. Kleinman, *The relevance of Social Science for Medicine*, Dordrecht, D. Reidel, 1985.
Good, Byron, "Comment on 'A methodology for cross-cultural ethnomedical research'", en C.H. Browner, B. Ortiz de Montellano y A. Rubel, *Current Anthropology*, v. 29, nº 5, diciembre de 1988.
Gudeman, Steven y Alberto Rivera, "Colombian conversations", *Current Anthropology*, v. 27, nº 3, junio de 1989.
Guerrino, Alberto, *La medicina en la Conquista del Desierto*, Buenos Aires, Círculo Militar, 1984.
Guevara, Tomás, *Las últimas familias araucanas*, Santiago de Chile, Imprenta, Litografía y Encuadernación Barcelona, 1908 y 1911 (dos tomos).
Guideri, Remo, "Introducción", en Bronislaw Malinowski, *Journal d'ethnographe*, París, Editions du Seuil, 1985.

Habermas, Jürgen, *Communications and the evolution of society*, Boston, Beacon Press, 1979.
——, *Conocimiento e interés*, Madrid, Taurus, 1983.
——, *Teoría de la acción comunicativa*, t. I: *"Racionalidad de la acción y racionalización social"*, Buenos Aires, Taurus, 1989.
Haley, James, "La familia del esquizofrénico: sistema-modelo", en Don Jackson (comp.), *Comunicación, familia y matrimonio*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1984.
Heggenhougen, Kristian, "Will primary health care efforts be allowed to succeed?", *Social Science and Medicine*, 19, 1984.
Helman, Cecil "Anthropology and clinical practice", *Anthropology Today*, v. 1, nº 4, 1985.
Hernández, Isabel, *Saber popular y educación en América Latina*, Buenos Aires, Ediciones Búsqueda, 1985.
Herzfeld, Michel, "Comment on 'Ethnography without tears',by P.A. Roth," *Current Anthropology*, v. 30, nº 5, diciembre de 1989.
Herzlich, Claudine, "Representations sociales de la santé et de la maladie et leur dynamique dans le champ social", en W. Doise y A. Palmonari, *Etudes des Representations Sociales*, Ginebra, Delachaux y Niestlé, 1987.
——, "La 'profession' de médicin", en *Prospective et Santé*, nº 34, 1985.
Herzlich, Claudine y Janine Pierret, "De ayer y de hoy: la construcción social del enfermo", *Cuadernos Médico-Sociales*, nº 43, Rosario, marzo de 1988.
Herzlich, Claudine y Marc Augé, *Le Sens du Mal. Anthropologie, Histoire et Sociologie de la maladie*, France, Editions des Archives Contemporaines, 1984.
Hochmann, Jacques, *Hacia una psiquiatría comunitaria*, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1971.
Honko, Larry, "Studies on tradition and cultural identity. An introduction", *ARV. Scandinavian Yearbook of Folklore*, v. 42, Estocolmo, 1986.

Ingleby, David (comp.), *Psiquiatría crítica. La política de la salud mental*, Barcelona, Grijalbo, 1982.

Käes, René, *Crisis, rupture et deapassement*, París, Bordas, 1979.
Kalinsky, Beatriz, y Wille Arrúe, "¿La investigación participativa en acción? Una puesta a punto de las dificultades identificadas en la primera etapa de un proyecto de investigación en el campo de la salud", *Salud, Prevención y Sociedad*, Buenos Aires, v. 1, setiembre de 1988.
——, "Problemas sociales, problemas de investigación: la cuestión del conocimiento en el ámbito sociosanitario", San Martín de los Andes, julio de 1990, ms.
Kamppinen, Matti, "Cognitive systems and cultural models of illness", *FF. Communications*, nº 244, Academia Scientiarum Fennica, Helsinki, 1989.
Katz, Jorge, *Oligopolios, firmas nacionales y empresas multinacionales. La industria farmacéutica argentina*, Buenos Aires, Siglo XXI, 1974.
——, *El escenario farmacéutico y farmacoquímico latinoamericano e internacional de la década de los años 1990*, Buenos Aires, CEPAL, 1988.

Scanned with CamScanner

Keesing, Roger, "Anthropology as interpretative quest", *Current Anthropology*, v. 28, nº 2, abril de 1987.
Kleinman, Arthur, "Social origins of distress and disease: depression, neurasthenia and pain in modern China", *Current Anthropology*, vol. 27, nº 5, diciembre de 1986
Kuhn, Thomas, *La estructura de las revoluciones científicas*, México, Fondo de Cultura Económica, 1978.

Lacan, Jacques, *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*, Barcelona, Barral, 1974 (1ª ed. en francés, 1964).
Lafortune, Denis y Margaret Kiely, "Prévention primaire des psychopathologies: Appellation contrôlée", *Santé Mentale au Québec*, XIV (1), 1989.
Laing, Ronald, *El yo dividido*, México, Fondo de Cultura Económica (1ª ed. en inglés, 1960).
Laplantine, François, *Introducción a la Etnopsiquiatría*, Barcelona, Gedisa, 1979 (1ª ed. en francés, 1973).
Levi-Strauss, Claude, *Le regard éloigné*, París, Plon, 1983.
Lores, Horacio, "Organización del Sistema Provincial de Salud y Plan de Acción para el Período 1984-1987", Subsecretaría de Salud, Provincia del Neuquén, 1984.
Luna, Félix, *Soy Roca*, Buenos Aires, Editorial Sudamericana, 1989.
Lyotard, Jean-François, *La condición postmoderna. Informe sobre el saber*, Madrid, Cátedra-Teorema, 1987.

Mannoni, Maud, *Un lugar para vivir*, Barcelona, Grijalbo, 1982.
Marcus, George y James Clifford, "The making of ethnographic texts: a preliminary report", *Current Anthropology*, v. 20, nº 2, abril de 1985.
Martinic, Sergio, "Saber popular e identidad", en Isabel Hernández, *Saber popular y educación en América Latina*, Buenos Aires, Ediciones Búsqueda, 1985.
Mead, George Herbert, *Espíritu, persona y sociedad*, Barcelona, Paidós Studio, 1982.
Menéndez, Eduardo, *Medicina tradicional o sistema práctico-ideológicos de los conjuntos sociales como primer nivel de atención*, México, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, setiembre de 1986.
——, "Reproducción social, mortalidad y antropología médica", en *Cuadernos Médico-Sociales*, v. 49-50, Rosario, setiembre-diciembre de 1989.
——, "Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y atención (gestión) de la salud", *Cuadernos de la Casa Chata*, nº 86, México, 1985.
Minuchin, Salvador, *Familias y terapia familiar*, Madrid, Gedisa, 1982.
Monod, François, *Un rico canibal*, México, Siglo XXI, 1975.
Montagu, Ashley, *La naturaleza de la agresividad humana*, Madrid, Alianza Editorial, 1978 (1ª ed. en inglés, 1976).
Moreno, Carlos J. y Luis E. Olarte, "Bases para una propuesta de reformulación del nivel zonal del subsector oficial de salud de la Provincia del Neuquén", Provincia del Neuquén, noviembre de 1989.
Moreno, Elsa, "Programación de actividades - Año 1971", Dirección General de Salud Pública, Provincia del Neuquén, 1971.
——, "Evaluación de actividades - Año 1971", Subsecretaría de Salud, Provincia del Neuquén, enero de 1972.

Neri, Aldo, *Salud y política social*, Buenos Aires, Hachette, 1982.

Olivera, Miguel Angel, "La mediería entre los mapuche. Un institución socioeconómica coadyuvante en la construcción de la identidad étnica", Ponencia del II Congreso Argentino de Antropología Social, Buenos Aires, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires, 1986.
Olivera, Miguel Angel y Claudia Briones de Lanata, "Proceso y estructura. Transformaciones asociadas al régimen de 'reserva de tierra' en una comunidad mapuche", *Cuadernos de Historia Regional*, v. IV, nº 10, EUDEBA y Universidad Nacional de Luján, 1987.
Organización Mundial de la Salud, "Informe del Grupo de trabajo sobre salud y culturas médicas tradicionales en América Latina y el Caribe", 1983.

Palermo, Vicente, *Neuquén: la creación de una sociedad*, Buenos Aires, Centro Editor de América Latina, 1988.
Pellin, Osvaldo, "Evaluación de actividades - Año 1973", Subsecretaría de Salud, Provincia del Neuquén, 1973.
Pichon Rivière, Enrique, *Teoría del vínculo*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1986.
——, *El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social*, Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión, 1985 (1ª ed. 1971).

Rabey, Mario, "Conocimiento popular y desarrollo", *Medio ambiente y urbanización*, Año 8, nº 31, Buenos Aires,junio de 1990.
Rabey, Mario y Beatriz Kalinsky, "El contrato cognoscitivo", *Epistemología de las Ciencias Sociales*, Cuaderno nº 1, Departamento de Antropología, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires, 1991.
Radovich, Juan Carlos, "El pentecostalismo entre los mapuche del Neuquén", *Relaciones de la Sociedad Argentina de Antropología*, t. XV, Nueva Serie, Buenos Aires, 1983.
——, "Relevamiento socio-cultural en agrupaciones indígenas de la provincia del Neuquén", Ministerio de Bienestar Social de la Provincia del Neuquén (ms.).
——, "El proceso migratorio desde una reserva indígena de la provincia del Neuquén, República Argentina", *Antropología*, año IV, Buenos Aires, junio-julio de 1989.
Rappoport, Joan, "Mythic images, historical thought, and printed texts: the Páez and the written word", *Journal of Anthropological Research*, v. 43, nº 1, 1987.
Riquelme, Horacio, *Ensayos psicoculturales*, Buenos Aires, Ediciones Búsqueda, 1987.
Robles Rodríguez, E., *Costumbres y creencias araucanas*, Santiago de Chile, Ediciones de la Universidad de Chile, 1942.
Roheim, Gehza, *Psicoanálisis y Antropología*, Buenos Aires, Sudamericana, 1973.
Rosenfeld, David, *Estados psicóticos*, Buenos Aires, Hormé, 1978.

Sachs, Lisbeth, "Misunderstanding as therapy: doctors, patients and medicines in a rural clinic in Sri Lanka", *Culture, Medicine and Psychiatry*, v. 13, nº 3, septiembre de 1989.

Scanned with CamScanner

Sahlins, Marshal, (a) *Islas de historia*, Barcelona, Gedisa, 1988.
——, (b) *Cultura y razón práctica. Contra el utilitarismo en la teoría antropológica*, Barcelona, Gedisa, 1988.
Sangren, Steven, "Rhetoric and the authority of ethnography", *Current Anthropology*, v. 29, junio de 1988.
Schelsky, Helmut, *El hombre en la civilización científica y otros ensayos*, Buenos Aires, Sur, 1967.
Séjourne, Loretti, *América Latina. Antiguas culturas precolombinas*, México, Siglo XXI, Colección de Historia Universal, 1972.
Servantic, Alain y colab., *Lo normal y lo patológico*, Madrid, Editorial Fundamentos, 1972.
Simpson, George, *El sentido de la evolución*, Buenos Aires, EUDEBA, 1977 (1ª ed. en inglés, 1951).
Speck, Ross y Carolyn Attneave, *Redes familiares*, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1973.
Spencer, Jonathan, "Anthropology as a kind of wrinting", *Man* (Nueva Serie), 24, 1989.
Szasz, Thomas, *Ideología y enfermedad mental*, Buenos Aires, Amorrortu editores, 1976 (1ª ed. en inglés, 1970).

Tedlock, Dennis, "Questions concerning dialogical anthropology", *Journal of Anthropological Research* 43, 1987.
Todorov, Tzvetan, "Knowledge in social anthropology. Distancing and universality", *Anthropology Today*, v. 4, nº 2, abril de 1988.
Tosello, Gustavo, *Información Estadística Año 1988 y Primer Semestre 1988/1989*. Dirección General de Información y Control. Ministerio de Salud Pública, Provincia del Neuquén.
Trinchero, Hugo, "Texto y contexto: proceso narrativo y configuraciones de la identidad entre los Mataco-Wichí centro-occidental", *Cuadernos de Antropología*, nº 2, Buenos Aires, EUDEBA - Universidad Nacional de Luján, diciembre de 1988.
Tyler, Stephen, "On 'writing up/off' as 'speaking-for'", *Journal of Anthropological Research*, 43, 1987.

Vaca Narvaja, Gustavo, "Síntesis informativa de acciones para la salud 1987-1989", Ministerio de Salud Pública, Provincia del Neuquén, diciembre de 1989.
Vovelle, Michelle, *Ideologías y mentalidades*, Barcelona, Ariel, 1985.

Waitzkin, Howard, *The second sickness. Contradictions of capitalist health care*, Nueva York, Free Press, 1983.
Watson, John B., *El conductismo*, Buenos Aires, Paidós, 1976.
Winnicott, Donald, *Realidad y juego*, Buenos Aires, Granica, 1972.

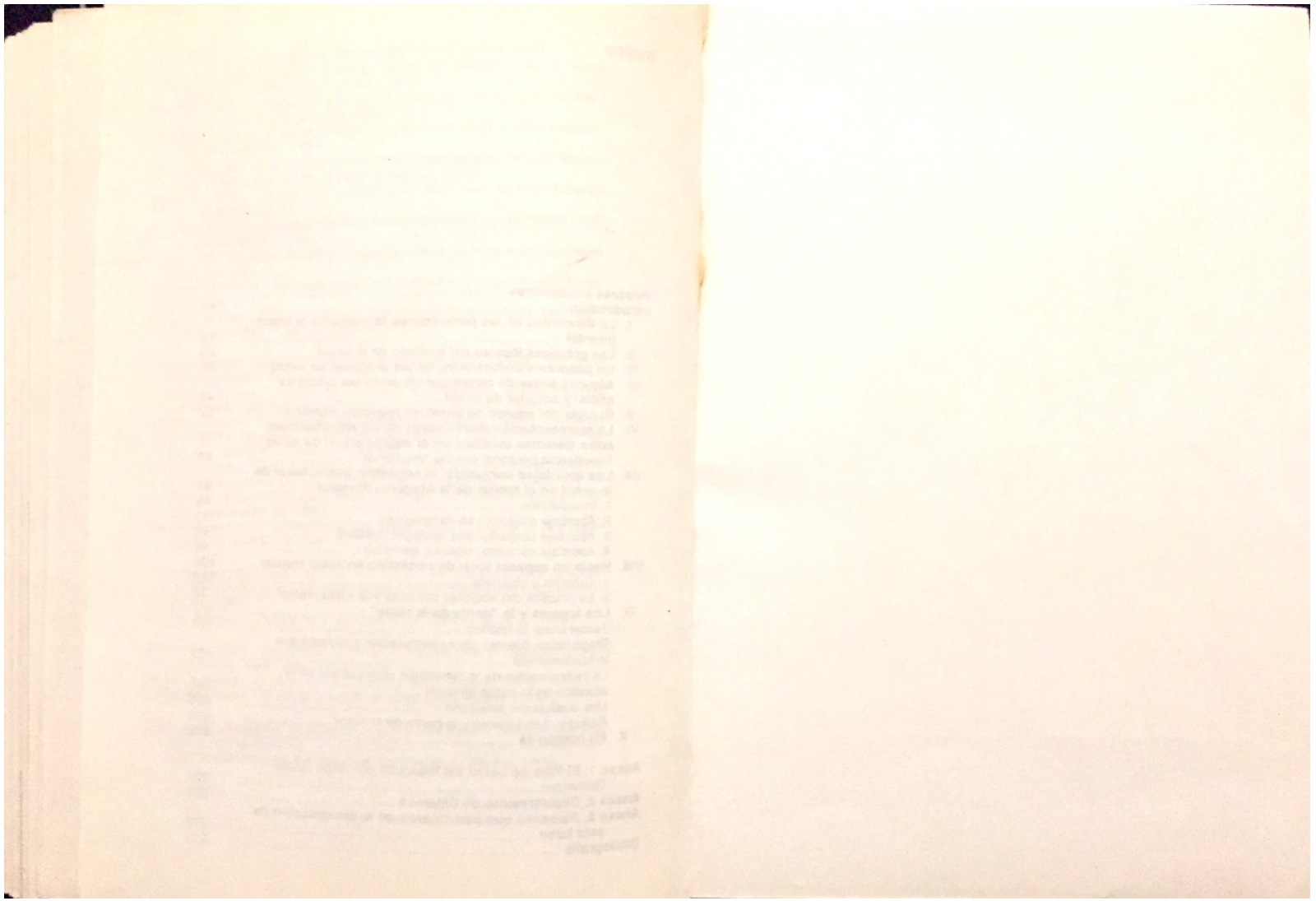
Zola, Irving, "Structural constraints in the doctor-patient relationship: the case of non-compliance", en L. Eisenberg y A. Kleinman, *The relevance of Social Science for Medicine*, Dordrecht, D. Reidel, 1985.

Indice

Palabras preliminares 11
Introducción 14
I. La diversidad de las perspectivas formales de la salud (mental 19
II. Las prácticas locales del cuidado de la salud 25
III. Un panorama comparativo de las prácticas de salud 30
IV. Algunas notas de convergencia entre las prácticas oficial y popular de salud 42
V. El lugar del equipo de salud en Atención Primaria 52
VI. La representación institucional de las articulaciones entre sistemas médicos en el equipo oficial de salud 60
Experiencia personal con las "medicinas" 60
VII. Los abordajes conjuntos: la cogestión intercultural de la salud en el marco de la Atención Primaria 88
1. Introducción 88
2. Abordaje conjunto: su composición 90
3. Abordaje conjunto: una tipología tentativa 93
4. Abordaje conjunto: algunos ejemplos 96
VIII. Hacia un espacio local de cogestión en salud mental 120
1. Criterios y objetivos 120
2. La práctica del abordaje conjunto y la salud mental 132
IX. Los lugares y la "gente de la tierra" 172
Tercer caso: la historia 172
Diagnóstico: fuentes de su formulación y razones que lo fundamentan 183
La incorporación de la dimensión sociocultural en la atención de la salud (mental) 193
Una evaluación provisoria 226
Epílogo: "Los lugares y la gente de la tierra" 234
X. En búsqueda 252

Anexo 1. El Plan de Salud del Neuquén por Jorge Daniel Grünmann 256
Anexo 2. Departamento de Catan-Lil 275
Anexo 3. Personas que participaron en la construcción de esta tarea 279
Bibliografía 281

Scanned with CamScanner



Scanned with CamScanner

Las BIBLIOTECAS UNIVERSITARIAS del Centro Editor de América Latina pretenden poner al alcance del público un material de lectura científico de muy buen nivel teórico, que cubra una amplia y diversificada gama de temas, problemas y metodologías y proporcione, al mismo tiempo, una visión actual de las disciplinas abordadas. Se proponen llegar a públicos diferentes y específicos: estudiantes de tercer nivel —universitarios o de profesorado—, graduados jóvenes, cuadros profesionales intermedios y otros sectores interesados.

En el sur de la provincia del Neuquén, región poblada hasta fines del siglo XIX por el pueblo mapuche, el ámbito de la salud es objeto de confrontación social entre medicina oficial y medicina popular —oponentes desiguales.
Este libro surge del quehacer cotidiano de un equipo interdisciplinario que indagando esa confrontación procuró delimitar un espacio de gestión intercultural de la salud.
Doctores y "médicas", agentes sanitarios y enfermeras, pobladores e instituciones sociales, demuestran a través de la práctica investigativa sobre la enfermedad y la salud que la tarea sanitaria es mucho más compleja que aliviar el dolor de un órgano.
Wille Arrúe y Beatriz Kalinsky, director y coordinadora de campo del Proyecto de Investigación "Salud y Participación Social. Una propuesta de investigación sobre un estilo local de conocimiento", exponen ante el lector los resultados de la tarea realizada y nos develan que la medicina popular ha logrado inscribir significados dentro del sistema oficial, no sólo respecto de la construcción de la experiencia del sufrimiento sino también de los procesos curativos.
La práctica de la gestión conjunta de curadores populares y médicos mediante la presencia de articuladores interculturales en los equipos de salud —los agentes sanitarios en especial— es un ejemplo rotundo de cambio en los estilos oficiales hasta ahora vigentes, hecho que marca un avance en el camino de la democratización de la salud. Y este libro es su testimonio.
Wille Arrúe es médico general. Miembro del Area Psicosocial del Hospital Zonal Ramón Carrillo de San Martín de los Andes. Fundador del equipo de Atención Primaria y Salud Mental de la Zona Sanitaria IV de la provincia del Neuquén.
Beatriz Kalinsky, antropóloga y master en Ciencias Sociales, es docente del Departamento de Ciencias Antropológicas de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires.

SOCIEDAD Y CULTURA

Scanned with CamScanner