



Scripta Ethnologica

ISSN: 0325-6669

ISSN: 1669-0990

caeasecretaria@gmail.com

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas
Argentina

Avelín Cesco, María Josefina; Papalini, Vanina
“HEMOS NACIDO SANANDO”: PLURALISMO MÉDICO Y PRÁCTICAS DE SALUD HUARPE
Scripta Ethnologica, vol. XLI, 2019, , pp. 42-66
Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas
Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14861615002>

- ▶ [Cómo citar el artículo](#)
- ▶ [Número completo](#)
- ▶ [Más información del artículo](#)
- ▶ [Página de la revista en redalyc.org](#)

redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

“HEMOS NACIDO SANANDO”: PLURALISMO MÉDICO Y PRÁCTICAS DE SALUD HUARPE

Maria Josefina Avelín Cesco*

Vanina Papalini**

Summary: This article addresses the subject of intercultural health regarding the huarpe people of San Juan, Argentina. In a field marked by the biomedical approach of the public health system, recognition policies are weak and this ethnic group faces difficulties to access health care. The paper starts by analysing the existing legislation and public policies on this subject in order to understand, then, the actions that arise from the subaltern position of the huarpe communities. Traditional therapeutic practices resist and find new ways of expression in a context of strategies that are design from positions of power. The research presents the cases of huarpe healers that take an active role in the preservation of their traditional knowledge, through innovative actions such as growing medicinal plants or assimilating their ways of healing to alternative therapies. Understood as tactics- i.e, actions made by those who cannot modify the rules- that allow the existence of these traditional knowledge throughout articulations, overlaps and redefinitions, these actions are complementary to other claims and demands that try to influence the public health field. The relation established among traditional healing practices and other non biomedical therapies becomes a propitious field for other medicines to reach a higher level of legitimacy, in a cultural context in which treatment and health care are increasingly moving towards plurality. The study is based on a general ethnography in progress. We focus on interviews to three key informants, participant observations and an extensive review of official documents and statistical indicators.

Key-words: huarpe, ethnomedicine, neoshamanism, legitimacy, tactics, medical pluralism

Introducción

La discusión en torno a medicinas “otras” (sistemas médicos y terapias propias de los pueblos originarios americanos, así como el naturismo, la homeopatía, el ayurveda, la medicina tradicional china) ha sido revitalizada en el terreno de lo que numerosos autores consideran como una creciente “cultura terapéutica” (Furedi, 2004; Illouz, 2007). Esta disposición, creemos, hace audibles otras perspectivas. Para que resulte algo más que una moda, utilizamos el término variándolo al plural (Papalini, 2014, p. 215): las culturas terapéuticas podrían referir

a un espacio de diversidad en el cual, idealmente, se delinee un tipo de abordaje más abierto y donde medicinas, creencias y organización sociocultural se integren, para posibilitar una lectura más amplia de la salud de las poblaciones. Aunque son consideradas como predominantemente urbanas y de clases medias y altas (Viotti, 2014), las culturas terapéuticas actúan como un fermento que propicia el desarrollo de modelos interculturales de salud.

La paulatina apertura a terapéuticas diversas parecería acarrear otra consecuencia: la configuración de un paradigma que, en su observan-

* Becaria doctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) E-mail: josefina.avelin@gmail.com

** Investigadora independiente del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) E-mail: v.a.papalini@gmail.com

cia restringida, concierne a la “salud intercultural” y, en su versión más amplia, se designa con el concepto de “pluralismo médico” (Amzat y Razum, 2014). La primera designación se refiere a la aceptación de diversas prácticas de salud tradicionales pero circunscriptas a los grupos étnicos que las ejercen; la segunda se refiere a la coexistencia y acreditación, en una misma sociedad, de diferentes sistemas médicos, basados en distintos principios o cosmovisiones. En este caso, los enfermos pueden optar entre distintos enfoques para el tratamiento y cuidado de su salud, y más de un tipo de terapeuta, estableciendo por sí mismos complementariedades o paralelismos.

Las opciones para escoger y apropiarse de un itinerario terapéutico pueden estar facilitadas o impedidas en función de los marcos regulatorios de las prácticas de salud. En términos de su habilitación legal, las medicinas llamadas alternativas y complementarias sufren una suerte desapareja. En algunos casos (como en Brasil y Perú), las terapias y los terapeutas deben estar acreditados siguiendo las normativas de salud, pero en general, tanto su incorporación como su control son parciales y laxos. En Argentina, sólo algunas prácticas, como el reiki y la acupuntura, están integradas a modelos sanitarios oficiales cuyo enfoque general está determinado por la biomedicina (Bordes, 2017).

Las medicinas ancestrales, como parte de culturas originarias cuya identidad y permiso de existencia son objeto de largas batallas por el reconocimiento, han obtenido garantías en los textos de las constituciones de México, Ecuador, y Bolivia. En Argentina, a partir de la década de los '90, el proceso que algunos autores han llamado etnogénesis (Escolar, 2007),

reentnización (Idoyaga Molina, 1999 a) o emergencia social de los pueblos originarios (Casas et al, 2016) implicó la reivindicación no sólo de sus lenguas y territorios sino también de sus prácticas ancestrales de sanar y medicinas tradicionales (1). De ello deriva la implementación de diversos programas estatales que abordan la salud desde una perspectiva intercultural; así como el desarrollo de una agenda de investigación académica en esta área. Sin embargo, estas acciones no significan necesariamente que sus conocimientos sean valorados como tales (Santos, 2010; Araújo, 2016); en la mayor parte de los casos, sólo admite su existencia como creencia o como saber y su aplicación está circunscrita, concebida como una práctica cultural propia de un grupo poblacional específico.

Y sin embargo, en los discursos sociales y apoyándose en sincretismos y analogías con otras terapéuticas alternativas, estas prácticas comienzan a expandirse; dejan de ser tratadas como un particularismo cultural restringido a comunidades distantes –indígenas, afrodescendientes; “otros radicales” de la civilización occidental, invisibilizados y excluidos- para integrarse a terapéuticas que resulten accesibles a poblaciones urbanas occidentalizadas. Pero legalidad y legitimidad no corren a la par: el reconocimiento de prácticas de salud no biomédicas como formas admisibles de tratamiento y cura dista de ser homogéneo. En distintos países americanos, los intentos de regulación van desde la criminalización (por ejemplo, del consumo de ayahuasca: Labate, 2004; Labate y Araujo, 2009; Labate, 2011; Apud y et al 2013), a formas de integración reguladas a través de leyes y políticas públicas (Toniol, 2015); desde su reconocimiento como medicinas (es decir,

como sistemas completos de tratamiento, atención y cura) a su rechazo como ejercicio ilegal de la medicina o superstición (Papalini, 2017). En el plano de las políticas de salud pública, los usos, los saberes y las creencias populares así como los sistemas de cuidado del cuerpo originarios, tradicionales, alternativos, complementarios y holísticos, son en gran medida resistidos por las instituciones, mostrando los límites a la integración efectiva de la diversidad. Al mismo tiempo, existe una expropiación de estos saberes y una explotación en términos de mercado. Carneiro (1999); Bode (2008); Islam (2012) y Luna-Fabritio (2015) advierten acerca de la creciente mercantilización de los conocimientos tradicionales. Estos análisis develan que la dimensión colonial del poder ejercida sobre la salud y las religiones (Meneses, 2004; Santos et al, 2004; Santos, 2007; Antona Rodríguez, 2014) actúa a partir de un esquema de exclusiones múltiples: desigualdad económica, diferencia social y diversidad cultural. Dicho de otro modo: el multiculturalismo no admite cualquier particularismo, sino que prefiere aquellos que son compatibles con el mercado y que no cuestionan sus determinaciones “verdaderas” (asociadas fuertemente a la ciencia en general, y al conocimiento biomédico en particular).

El objetivo de nuestro trabajo es interrogar las prácticas de salud intercultural en un caso específico, el de las comunidades huarpe de San Juan, Argentina, describiendo su situación actual desde el punto de vista de las políticas, es decir, del encuadre legal entendido como estrategia propia de los poderes instituidos, pero también de las prácticas y acciones de algunas sanadoras de este pueblo originario. Es aquí

donde interesa especialmente el contexto de las culturas terapéuticas plurales, ya que en su actividad, estas sanadoras establecen desplazamientos y renominaciones que aluden a otros paradigmas de salud, en la búsqueda por otorgar más legitimidad a sus prácticas. Intentaremos así abordar la perspectiva del poder desde un diagrama dinámico que retenga las tensiones entre legalidad y legitimidad; entre estrategias de salud plasmadas en las políticas públicas y tácticas de resistencia y existencia de las huarpes. Presentaremos, a modo de contextualización, una breve descripción de las políticas de salud intercultural y la situación específica del pueblo huarpe en San Juan, desarrollando cómo ese sistema de salud oficial se relaciona y entra en tensión con el sistema etnomédico de las comunidades. Contrastamos esta descripción con la perspectiva de las entrevistadas e intentamos identificar y comprender algunas de las prácticas de las sanadoras huarpe para revitalizar el ejercicio de su medicina tradicional.

Nota metodológica

Las investigaciones sobre la medicina tradicional huarpe son escasas. Si bien algunos estudios han recopilado las formas de uso medicinal de plantas (Montani y Vega Riveros, 2010) y analizado prácticas concretas de curar (Escolar, 2007; Besio, 2017), no muchos abordan el tema desde la perspectiva de las políticas de salud. El trabajo del que daremos cuenta se basa en una etnografía en proceso con el pueblo huarpe residente en la provincia de San Juan. En este artículo, nos focalizamos en entrevistas realizadas a tres mujeres que se autoreconocen huarpe y que llevan adelante prácticas vincula-

das a las formas de curar de su cultura.

Susy es referente de su comunidad, además de chamana, reikista y masoterapeuta. Practica el reiki chamánico y se encontraba trabajando, al momento de ser entrevistada, junto a jóvenes de su comunidad para poner en marcha un vivero de plantas nativas y sanadoras. Mediante la comercialización de estas especies, buscan preservarlas, ofrecer una salida laboral a los jóvenes y formarlos al mismo tiempo en la medicina tradicional huarpe. Vicky ha dado numerosas charlas acerca del pueblo huarpe y sus problemáticas en establecimientos educativos y se autodefine como sanadora. Lily, por su parte, se dedica a la producción artesanal y comercialización de productos naturales de salud y belleza.

Seleccionamos estos casos porque, compartiendo la adscripción identitaria y la posesión de saberes ancestrales, las tres entrevistadas pertenecen a comunidades con contextos y grados de organización diferentes. Esto nos permite dar cuenta de la pluralidad de experiencias y situaciones al interior de un mismo pueblo. Lily pertenece a la comunidad Salvador Talquenca, una comunidad rural compuesta por familias dispuesta en la zona de puestos al este de El Encón que está inscrita en el Registro Nacional de Comunidades Indígenas (Re.Na.C.I). Susy pertenece a la comunidad Arroyo Guaquinchay (también conocida como Arroyo Ñarqué) distribuida entre las ciudades de Caucete y Rawson. Ambas zonas son urbanas. Caucete es una ciudad ubicada al sudeste de la ciudad de San Juan (a 27 km.) y cuenta con 38.343 habitantes. Rawson pertenece al Gran San Juan y es el departamento más poblado de la provincia según el censo 2010. Su comunidad está

compuesta por 17 familias aproximadamente y se encuentra en el proceso de obtención de personería jurídica. El reconocimiento por parte del Estado es un proceso complejo, que suele llevar años y que está íntimamente ligado a los reclamos territoriales (Funes Poblete, 2018). Por último, Vicky vive en Caucete. Perteneció a la comunidad Guaquinchay, que cuenta con un menor nivel de formalización y está compuesta por alrededor de 50 familias, con lazos de parentesco, dispersas en diferentes departamentos de San Juan.

La selección toma, entonces, dos casos de residencia en contextos urbanos y una tercera en una comunidad rural. Los tres casos tienen en común que dan cuenta de la vivacidad de las culturas originarias, de las identidades en su voluntad de existencia afirmativa, no como reliquias o rarezas confinada a espacios marginales. Nos permiten reconocer su interacción con otros paradigmas de salud, y las tácticas que despliegan en el ejercicio renovado de prácticas de curar tradicionales.

Complementamos estas entrevistas con observaciones con participación en celebraciones públicas de la Pachamama y en rituales domésticos, privados, a los que se nos brindó acceso. Participamos de una celebración pública guiada por Vicky, que se llevó a cabo en los jardines de la Universidad Nacional de San Juan y a la que asistieron alumnos de diferentes cátedras y de escuelas secundarias. Además, participamos en una celebración en la casa de Susy, guiada por ella misma, en la que sólo participó su familia. Utilizamos nombres falsos para proteger la identidad de nuestras entrevistadas, a pesar de contar con su consentimiento para dar sus nombres reales. Estimamos que, aun así, es

conveniente mantener la confidencialidad de nuestras fuentes.

El marco general surge de la etnografía mayor y su base documental. Para analizar las políticas, recurrimos a resoluciones, leyes y programas oficiales del Estado provincial y nacional, estadísticas y otras fuentes escritas con datos primarios.

Algunas precisiones conceptuales

La OMS distingue la biomedicina de las medicinas tradicionales y las medicinas alternativas/complementarias. Se trata de diversas prácticas en relación con la salud que implican “acercamientos, conocimientos y creencias que incorporan plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios, tanto para mantener la salud y el bienestar como para tratar, diagnosticar y prevenir la enfermedad”. Esto involucra la práctica del curanderismo o medicina popular (propio de poblaciones campesinas rurales y urbanas), el chamanismo indígena y la medicina casera o el autotratamiento. En América Latina, las medicinas tradicionales varían de región en región y de país en país y su popularidad está en relación directa con su arraigo en los sistemas de representaciones locales.

La antropóloga argentina Anitilde Idoyaga Molina (2015) propone, a partir del análisis de diferentes clasificaciones, cinco categorías de medicina: biomedicina; medicinas tradicionales americanas; autotratamiento o medicina de legos; medicinas religiosas y medicinas alternativas. En sus distintas investigaciones, se ocupa también de los neochamanismos (Idoyaga Molina, 1997) y describe tanto las medicinas

populares como otras formas de curar no oficiales (Idoyaga Molina, 1994; Idoyaga Molina 1999 b). Su trabajo, pionero en Argentina en cuanto a esta temática, no discute la pretensión de verdad de la biomedicina ni establece consideraciones en términos de subalternidades. En contraste con las medicinas de raigambre americana, la expresión medicinas alternativas y complementarias (MAC), cada vez más extendida en países desarrollados, se usa para referir una amplia gama de prácticas que no son parte de la tradición propia de un país o no están integradas dentro del sistema de salud dominante (es el caso del yoga, la reflexología, la cromoterapia, el reiki, el shiatsu y otras más, en su mayoría de extracción oriental).

En cuanto a la definición de “etnomedicinas”, Genest (1978) postula que se trata, simplemente, de un dominio de la antropología médica que centra sus reflexiones en el conjunto de creencias y de prácticas relativas a la enfermedad de cada sociedad. Si la antropología es concebida de manera no etnocéntrica, como una ciencia referida no sólo a grupos humanos ajenos a las sociedades occidentales, sino a *todos* los grupos humanos, entonces la etnomedicina abarca una totalidad diversificada de tratamientos de la enfermedad, propios de una determinada sociedad o cultura.

Desde una perspectiva que, inspirada en las teorías del italiano Antonio Gramsci, toma en cuenta la dimensión política como la construcción de hegemonías, Menéndez (1992) presenta las etnomedicinas como parte del sistema médico subalterno; ubicadas igualmente en desventaja al autotratamiento o “medicina de legos”. El enfoque gramsciano concibe la hegemonía como una construcción inestable

cuyo arte consiste en generar adhesiones. Un determinado encuadre político y normativo hegemónico prescribe, permite y prohíbe, pero no a través de la coacción: la legalidad se sustenta en las legitimidades construidas y sostenidas por las opiniones circulantes. El enfoque de la hegemonía, tomado como una referencia flexible, aporta una lectura de la salud desde la perspectiva de las relaciones de poder.

Para no caer en la tentación simplificadora que suele mostrarse en los estudios que contemplan la dimensión política (la deducción de todas las cuestiones a tratar en función de la adscripción al bando hegemónico o al subalterno) e inspirándonos en las categorías de Michel de Certeau (1996), entenderemos que el poder se juega tanto en las estrategias como en las tácticas. De Certeau llama “estrategias” al “cálculo (o a la manipulación) de las relaciones de fuerzas que se hace posible desde que un sujeto de voluntad y de poder (una empresa, un ejército, una ciudad, una institución científica) resulta aislable” (1996, p. 42). Las estrategias determinan un lugar como propio y administran desde allí las relaciones con la exterioridad amenazante o ajena. Las tácticas, en cambio, acontecen en el lugar del otro, del que “no cuenta con la posibilidad de darse un proyecto global (...) Aprovecha las ‘ocasiones’ y depende de ellas”. Las tácticas son “el arte del débil” (de Certeau, 1996, p. 43). Si las estrategias tienen que ver con el cálculo, con la razón instrumental, con la planificación de acciones desde la posición de quien domina la escena, las tácticas aluden a las prácticas de los sectores subalternos.

Conviene atender tanto a unas como a otras: podemos pensar que, en un terreno estructurado

por las políticas de salud pública en términos biomédicos (la dimensión de las estrategias), existen numerosas tácticas –acciones de aquellos que no pueden modificar las reglas del juego– que posibilitan la existencia, la permanencia y un mejor emplazamiento de otras medicinas por vía de articulaciones, solapamientos y redefiniciones: se trata de la dimensión de aquellas acciones que acontecen desde una posición subalterna. El caso que examinaremos, el de la medicina de la etnia huarpe en Argentina, permite entender múltiples dimensiones tales como las estrategias y las tácticas, la legalidad y la legitimidad.

Fragilidad de las políticas de salud intercultural en Argentina

Un dato relevante a retener en términos de la configuración de la estrategia de salud es que, a partir del siglo XX, las corrientes modernizadoras lograron un alto grado de profesionalización en el campo de la salud (2), que derivó en la consolidación de una corporación profesional y la consiguiente imposición de la biomedicina como modelo hegemónico (Bordes, 2012). Al mismo tiempo, se prohibieron todas las prácticas no biomédicas que hasta entonces habían sido toleradas (Idoyaga Molina, 2016; Krmpotic, 2016): la biomedicina se impuso así como matriz prevalente de atención de la población argentina. Esta hegemonía prácticamente absoluta se sostuvo hasta finales de siglo, cuando comienzan a alcanzar mayor visibilidad en los foros internacionales las demandas e identidades indígenas al mismo tiempo que se amplía el horizonte de las terapéuticas con la ampliación de las MAC a

las capas medias de las poblaciones urbanas. A diferencia de países como Perú y México, en donde el reconocimiento de las identidades originarias tiene larga data, en Argentina la apertura a sistemas médicos tradicionales es frágil y reciente. Los '90 estuvieron marcados por reclamos de autodeterminación y acusaciones de segregacionismo, en un debate alimentado por el 500° aniversario de la conquista de América que resultó en el reconocimiento de la preexistencia de los pueblos originarios en la Constitución Nacional. En lo que respecta específicamente a la salud, la Ley N° 23.302 (promulgada en 1985 y en medio de la euforia por el restablecimiento democrático) ya establecía “el respeto por las pautas establecidas en las directivas de la Organización Mundial de la Salud, respecto de la medicina tradicional indígena integrando a los programas nacionales de salud a las personas que a nivel empírico realizan acciones de salud en áreas indígenas” (art. 21, inc. f).

Las políticas en relación a los pueblos originarios son múltiples y diversas (Fernández y Virosta, 2011). Abocándonos exclusivamente a la legislación y normativas que conciernen al campo de la salud, observamos que, a partir de las demandas colectivas de las propias comunidades, articuladas con y visibilizadas por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (Orzuza, 2014; Bordes, 2012), se fue construyendo un complejo entramado legal e institucional que delineó la política estatal en relación a los pueblos indígenas. Este marco legal dejó un importante margen de acción a las jurisdicciones provinciales que, frente a coyunturas específicas tales como la extensión de enfermedades infecciosas que

afectó especialmente a los pueblos originarios en los '90, propusieron políticas específicas para estas comunidades. Mariana Lorenzetti (2009) señala que los brotes de cólera en 1992 en las provincias del NOA y NEA- que afectaron mayoritariamente a la población indígena- constituyeron un punto de quiebre, a partir del cual la salud de las comunidades originarias fue puesta en discusión en la esfera pública.

La cuestión es, sin falso dramatismo, de vida o muerte: aunque no existan a nivel nacional estadísticas específicas fidedignas, la información disponible respecto a los pueblos originarios muestra una esperanza de vida menor y mayores tasas de mortalidad materna e infantil, a la que se suman tasas desproporcionadamente altas de malnutrición y enfermedades infecciosas (OPS, 2008 citado en Aizemberg, 2013). La carencia de información específica sobre los pueblos originarios de San Juan es otro de los obstáculos que enfrenta cualquier intento de planificación o política focalizada. En este sentido, una de las medidas más demandadas y en las que más se ha avanzado es en la creación de registros estadísticos de salud específicos para los pueblos originarios, que permitan conocer la situación sanitaria de estos pueblos y compararla con los indicadores provinciales. En la actualidad, los dos hospitales centrales de la provincia incorporan la identificación étnica en sus registros, aunque hasta ahora no hay estadísticas disponibles al respecto.

Actualmente, a nivel nacional, el programa de Salvaguarda Indígena funciona como fuente de financiamiento y como eje articulador de las acciones en esta área, incorporando entre sus objetivos el de “instituir como lineamiento del PMC [Programa de Médicos Comunitarios], la

promoción de prácticas interculturales basadas en la consulta previa e informada, el reconocimiento del modo de vida, y cosmovisión de los pueblos indígenas” (Ministerio de Salud de San Juan, 2018, p. 60). Desde este programa se implementan diferentes proyectos del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, así como en el Programa Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas (PNSPI) (3). Ambos proyectos tienen como denominador común la apelación a la noción de interculturalidad.

Pero, ¿de qué se trata, cuál es el norte de estas acciones? ¿Facilitar el acceso de las comunidades originarias a la atención biomédica de la salud, o preservar (sin equipar ni asignar recursos especiales) las medicinas ancestrales? Se pueden identificar dos grandes líneas de acción propiciadas por el Estado: por un lado, la que busca mejorar y facilitar el acceso de las comunidades originarias a los programas “regulares” de salud; por el otro, la que se enfoca en las prácticas tradicionales de salud, apuntando a encontrar formas de articulación con la biomedicina (Lorenzetti, 2007). Esta segunda línea va en la dirección de la complementariedad: la biomedicina establece las directrices; la medicina indígena funciona como “puente” intercultural, acompaña y complementa, siempre que no ponga en riesgo el paradigma de salud hegemónico.

Acceso a la salud del pueblo huarpe en San Juan

El pueblo huarpe no puede pensarse sino en relación al contexto más amplio ya descrito. A partir del proceso de reivindicación identitaria que comenzó a partir de los '90, movilizado

en San Juan por la guía espiritual huarpe Paz Argentina Quiroga, a quien se designa como *amta*, la población que se autorreconoce como perteneciente a ese pueblo ha ido en aumento. Como dice Diego Escolar (2007) en contra de la tesis de exterminio huarpe, con este pueblo se comete un “genocidio estadístico”: el hecho de no aparecer en las estadísticas no implica necesariamente no existir. Si bien no hay cifras precisas y actualizadas, el censo nacional de 2001 identificó 2.198 huarpes o de ascendencia huarpe en San Juan (Banco Mundial, 2010), mientras que el de 2010 identificó a 7.962 personas indígenas o descendiente de pueblos indígenas en la misma provincia (4).

En San Juan no existen leyes ni derechos específicos para los pueblos originarios; toda cuestión relativa al tema debe remitirse a la legislación nacional. Como ya se señaló, en términos de salud, la exclusión sufrida por los pueblos originarios durante décadas y las desigualdades socioeconómicas que los afectan se traducen en indicadores de salud con valores inferiores a los promedios nacionales. En la Encuesta de condiciones de vida de familias, grupos convivientes y comunidades indígenas en la Argentina realizada por el INAI en 2015, las comunidades destacaron los siguientes puntos: problemas de accesibilidad tanto geográfica como económica a los servicios de salud; falta de infraestructura en postas sanitarias; escasez de personal médico (particularmente en lo que respecta a especialidades); falta de amplitud en cuanto a días y horarios de atención; necesidad de mayor cantidad de agentes sanitarios; necesidad de un enfoque intercultural en la atención y en los establecimientos sanitarios (mencionando especialmente el parto, como

un momento que debe respetar la cosmología indígena y la inexistencia de señalética bilingüe, entre otros) (UFIS, 2017, p. 12).

En cuanto a la realidad local -y en línea con el panorama en la mayoría de las provincias- a nivel estadístico sólo fue posible conocer que, según el INDEC, en 2010 el 45% de la población indígena de San Juan no tenía obra social, prepaga o plan estatal. Esto refleja la dificultad de atención de la salud en el sistema biomédico, que se ve agravada en el caso de las zonas rurales por el difícil acceso a puestos sanitarios, casi nulo en el caso de ciertas especialidades u hospitales de alta complejidad. Una de las entrevistadas explicó que la “salita” (centro de atención primaria) que atiende a su comunidad, Salvador Talquenca, se encuentra a más de 6 km de su residencia.

El acceso a la salud pública, entonces, emerge como un reclamo legítimo y urgente. Pero no es el único. ¿Qué significa acceso a la salud, para los huarpes? ¿Se trata solamente de aumentar la provisión de biomédicos y espacios de atención primaria de la salud? ¿De qué manera se aborda la salud *intercultural*? Las demandas de las comunidades originarias son respondidas desde líneas de acción específicas de las políticas públicas que apuntan no sólo al acceso al sistema oficial de medicina, sino también a la integración de las prácticas tradicionales de salud. Pero ¿cómo lo hacen? Estas políticas, ¿suponen el reconocimiento de los usos médicos tradicionales?

La creación de programas de salud para los pueblos originarios como el PNSPI representa sin dudas un avance en materia de reconocimiento del derecho a la salud intercultural. Implica un primer nivel de acceso y facilita la integración

cultural. San Juan cuenta con 17 agentes sanitarios indígenas que trabajan en el territorio. El programa de Salvaguarda establece como objetivos que estos agentes sean seleccionados a propuesta de las comunidades, a fin de promover prácticas interculturales. Sin embargo, a la hora de su aplicación, el cumplimiento de este último objetivo es, al menos, ambiguo.

Aunque las entrevistadas reconocen la importancia de este programa no sólo a nivel social sino también como fuente de trabajo, expresaron algunas inquietudes respecto a la prevalencia de un modelo en el que la biomedicina sigue imponiéndose. Como explica Vicky:

“Resulta un poco difícil por nuestras creencias, nuestra forma de ver las cosas. Porque si estás en la parte de salud, y vas a ayudar, tenés que trabajar con la comunidad. Es decir, más allá de que vas a hacer las conexiones para ayudar a que se atiendan en el hospital y todo lo que corresponde, nosotras podemos ver otras cosas. Y tal vez si vas en compañía del médico y le decís ‘no, mire, él tiene tal cosa’. El médico va a decir ‘no, pero si yo soy el médico, yo le voy a decir lo que tiene’” (Entrevista, diciembre de 2018).

La tarea encomendada a los agentes sanitarios indígenas es la de transmitir prácticas de prevención y realizar relevamientos en comunidades originarias, pero no son considerados como portadores de saberes que pueden complementar a la biomedicina. La integración así planteada, en la que las medicinas subalternas se incluyen en la estrategia hegemónica sin poder preservar su identidad, puede ser considerada como asimilación. La acultura-

ción, horizonte mayor al que debe referirse el concepto de asimilación, evoca la desigualdad de poder entre dos grupos étnicos que entran en contacto, como se verifica en este caso. Las políticas intentan equilibrar esta relación; sin embargo, su eficacia no es completa ni puede dejar de atenderse al hecho de que la “legalidad” es uno de los resortes estratégicos de las posiciones hegemónicas. Vicky agrega que una verdadera complementariedad implicaría no sólo la promoción de prácticas biomédicas en las comunidades sino también la introducción de prácticas relacionadas con la medicina tradicional en los hospitales y centros de atención públicos:

“Podés aportar, hacerle alguna ceremonia, hacer que nos conozcan, contarles historias... hacer que de alguna forma el sol entre en algún lado, una ubicación de las camas diferentes. Algún sahumerio, cosas así, que puedan ayudar a la armonía, y ayudarlos de forma espiritual. Pero bueno, como yo te había dicho, a muchos les cuesta creer. Yo creo que hay muchas cosas por hacer, pero bueno, es un camino largo.” (Entrevista, diciembre de 2018).

Lo que proponen las entrevistadas no apunta, entonces, ni al aislamiento –postulado por algunas posiciones indigenistas extremas– como forma de contrarrestar la hegemonía biomédica (Menéndez, 1994, p. 80), ni la complementariedad terapéutica practicada como un “agregado” en un tratamiento cuyas directrices corresponden a la biomedicina. Se trata de la búsqueda del pluralismo. Saizar (2016) lo distingue de la complementariedad: mientras esta última se refiere a la combina-

ción –en la práctica– de medicinas y prácticas terapéuticas, el pluralismo médico se refiere a la oferta variada de posibilidades terapéuticas en una sociedad. Saizar puntualiza que “pluralidad de opciones no necesariamente implica pluralismo médico, puesto que éste requiere de cierto grado de legitimidad de las ofertas que no siempre acompaña la diversidad de medicinas y prácticas terapéuticas posibles de hallar en una sociedad” (2016, p. 28).

En ese mismo sentido se expresa Susy: *“Tendríamos que sí o sí trabajar en conjunto con los médicos, y los médicos deberían aprender a escuchar”* (Entrevista, noviembre de 2018). Las referentes huarpe promueven el pluralismo médico mediante la inclusión de *su* medicina en las instituciones biomédicas en un plano de igualdad.

“Hemos nacido sanando”: etnomedicina y disputas en torno a la concepción de salud

¿De qué se trata este pluralismo y cómo lo promueven las sanadoras huarpes? Una vez más, conviene delinear el lugar de estas medicinas y sus tácticas.

Los miembros de las comunidades huarpe ocupan un lugar subalterno; la preservación de la vida es una preocupación básica y la eficacia de la biomedicina parece garantizar ese mínimo esencial. No reniegan, por lo tanto, de la atención de la salud a través de los sistemas hegemónicos (como ya indicamos, reclaman mayor y mejor acceso), pero desean poder optar por sus propios tratamientos, o complementar con ellos la biomedicina, en función de la dolencia de la que se trate. Llevan adelante lo que Menéndez (1994) define como prácticas

de autoatención, que: “involucra la elaboración de diagnósticos, la evaluación de riesgos, el análisis del pronóstico de las enfermedades y la decisión de buscar curadores o especialistas profesionales. Una vez incluidos los curadores profesionales en el proceso, la autoatención continúa en la medida en que los sujetos deciden seguir de manera parcial o total los tratamientos propuestos, buscar otros especialistas o abandonar a los curadores profesionales.” (Pontes, Rego y Garnelo, 2018, p. 87).

En palabras de Vicky: “*nosotros sabemos cuándo estamos empachados. Uno ya aprendió cosas, como si hay fiebre, ya no es algo que se pueda sanar con alguna medicina natural. Entonces hay que ir sí o sí al hospital. (...) Nosotros nos damos cuenta*” (Entrevista, diciembre de 2018).

Aunque esta combinación de sistemas médicos también puede observarse en la población campesina criolla de San Juan, como señala Idoyaga Molina (1999 b), en el caso de las comunidades huarpe las concepciones de salud y enfermedad son parte de una red de significados que “reflejan y provocan formas de experiencia y de relacionales sociales” (Good, 2003, p. 112), contenidas en su cosmovisión. Por ejemplo, al explicar que la sanación huarpe es un proceso energético, Susy utiliza la idea de círculo, de intercambio constante. Se trata de una noción que permea toda su configuración simbólica:

“La sanación es circular. Como todo. En la filosofía indígena todo es circular. Las casitas de los pájaros, las casitas de los huarpes eran circulares, el amor es circular, porque si va, vuelve. (...). Es una energía que fluye en círcu-

lo. Y en la sanación, al sanar me sano yo.”. Y continúa, enfatizando: “Nosotras hemos nacido sanando” (Entrevista, noviembre de 2018).

Las formas de sanación se entienden entonces como parte de saberes ancestrales, de este patrimonio que es transmitido de generación en generación. Sin embargo, las décadas de invisibilización y de construcción de identidades negativas o autoinvisibilización (Casas et al, 2016) conllevaron discontinuidades y pérdidas en la transmisión de la lengua y de saberes, un problema reconocido por las entrevistadas cuando expresan que se dedican a curar “*porque es importante que el conocimiento no se pierda*” (Entrevista a Lily, diciembre de 2018). Esta reflexividad sobre el proceso de fortalecimiento identitario implica una recuperación, acopio y probablemente ampliación de saberes médicos, entre los que se encuentra el proyecto del vivero de plantas medicinales con jóvenes de la comunidad. Dice Susy: “*No me voy a ir como se iban nuestras abuelas, con todos sus conocimientos. Esa es la tarea que estoy haciendo ahora. De hace años, de recuperar nuestra sanación*” (Entrevista, noviembre de 2018).

El proceso de emergencia y visibilidad social huarpe y los esfuerzos de estas comunidades para obtener estándares básicos de acceso a la biomedicina así como para que sus maneras de curar sean reconocidas se bifurca: por un lado, emprenden –a través de organizaciones y como parte de estrategias colectivas- acciones tendientes a *legalizar* sus prácticas, en diálogo y tensión con un campo político; por otro, desarrollan tácticas microsociales de legitimación y efectiva inserción.

En cuanto a la primera dimensión, un primer punto a analizar son las instancias de organización colectiva, a través de las cuales los pueblos originarios dialogan con el Estado. Las demandas de las diferentes etnias son en general convergentes; solicitan reconocimiento y autonomía y, en algunos casos, escrituración de las tierras bajo la figura de la propiedad comunal. Esta dimensión económica y política de la demanda suele encontrar múltiples escollos. En el campo de la salud, la eficacia de las demandas colectivas que tomaron fuerza a partir de la década del '90 fueron articuladas en un horizonte más general de reivindicaciones por organismos internacionales entre los que se destaca la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Orzuza, 2014; Bordes, 2012).

Uno de los primeros antecedentes en este sentido es el acuerdo firmado en 1996 entre la Organización Panamericana de la Salud y el Parlamento Indígena de las Américas, que estipula la preparación de una agenda legislativa para las políticas de salud y la producción de leyes que proteja a las tradiciones indígenas. Más recientemente, la implementación de la interculturalidad en los equipos de salud y la incorporación de la medicina tradicional al sistema fueron algunos de los temas planteados por referentes de comunidades originarias y afrodescendientes durante la reunión para la consulta sobre etnicidad y salud, realizada en la Representación en Argentina de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) en 2016. Un año más tarde, en una consulta para el Marco de Planificación para Pueblos Indígenas (MM-PPI), más de 20 representantes de comunidades indígenas de Argentina, integrantes del CPI

(Consejo de Participación Indígena) firmaron una carta, producto de una primera puesta en común del proyecto. La carta, firmada por Nadia Gomez (comunidad Territorio del Cuyum) en representación del pueblo huarpe de San Juan incluía entre las sugerencias la de “que los médicos tradicionales se reconozcan en pie de igualdad con los médicos del sistema de salud. Y que los médicos tradicionales se integren a los servicios de salud en aquellos casos en que la comunidad así lo solicite y lo reconozca” (UFIS, 2017, p. 62).

La reivindicación de las medicinas tradicionales ha estado presente entonces en las instancias de autoorganización indígena y en los organismos internacionales, que se convirtieron en un canal para dialogar con el Estado. Sin embargo, y a pesar de esta lucha y procesos de organización colectiva, las medicinas tradicionales gozan de un grado de institucionalización mucho menor que el de otras terapias y medicinas no biomédicas (como la acupuntura, el reiki y la homeopatía, entre otros), que también luchan por legitimar su lugar en el campo de la salud. ¿Hay allí una alianza posible?

Legitimidad más allá de los límites de la comunidad

Susy es consciente de la diferencia entre la medicina huarpe y las medicinas tradicionales de raigambre oriental: esta últimas generan un efecto exotizante –que conlleva atractivo– entre las clases medias y altas, que se traduce en una mayor retribución económica por las terapias y los tratamientos y una diferencia concomitante traducida al pago. Además, los sistemas de salud llamados alternativos basa-

dos en estas medicinas están legitimados en la opinión pública; gradualmente van ganando reconocimiento así como la posibilidad de complementar el sistema de salud biomédico y ser acreditados. La medicina huarpe, por su lado, está lejos de ser reconocida, retribuida y validada.

Susy es consciente de estas diferencias. En la entrevista, comienza por detallar las convergencias entre los paradigmas de salud orientales y los originarios americanos: el holismo y la noción de energía, por ejemplo, que son comunes entre ambos universos médicos. Haciendo hincapié en las similitudes entre sus concepciones de salud y sus maneras de sanar con las de terapias cuyas posiciones están más consolidadas, como la bioneuroemoción y el reiki, señala:

“Ellos lo atribuyen a su cultura, pero el reiki es universal. Nosotros le decimos imposición de manos. Es lo mismo. Lo único que cambia es el nombre. Ahora con la bioneuroemoción, que está tan de moda, es algo que nosotros ya trabajamos. No le ponemos título a todo lo que hacemos, pero es algo que nosotros ya venimos trabajando” (Entrevista, noviembre de 2018).

A partir de estas similitudes, reflexiona acerca de las asimetrías que encuentra en el campo social, en donde estas terapias gozan de mayor visibilidad y legitimidad:

“El reiki está permitido. Yo he ido hasta al hospital a hacerle reiki al padre de una doctora. Si yo hubiera dicho imposición de manos a lo mejor no te llaman. (...) nosotras, las huarpes somos “curanderas”. Si vos sanás, hacés

“magia”. Que es magia, la magia existe. Pero te llaman curandera, nunca te van a valorar. Desde la colonia viene este tema. De creer que todo lo nuestro es malo, es oscurantismo, ocultismo. Y todo lo que viene de Oriente es espiritual. Es algo que se ha instalado en la sociedad” (Entrevista, noviembre de 2018).

Esta continuidad que percibe entre los principios energéticos de ambos sistemas médicos no se corresponde entonces con las posiciones alcanzadas por cada uno. Esta disparidad- que Susy identifica como resabio de las políticas coloniales- ha sido producto también de las diferentes estrategias puestas en marcha por los especialistas (Bordes, 2012).

El caso del reiki chamánico puede leerse a partir de estas claves. Si bien la combinación entre reiki y chamanismo es explicada por algunos especialistas como una combinación de saberes que potencia a ambos (Gobin, s.f.; Roberts y Robert, 2011), Susy interpreta su práctica como una posición política, que pone en el eje de la discusión esta jerarquía de saberes:

“Pagan a otras personas, pagan a reikistas.... A reikistas solos, porque yo soy reikista también. Fortunas. Y cuando nosotros decimos que somos chamanes, que hacemos imposición de manos, te quieren dar una bolsita de sémola. Pero esa es la cabeza del común de la gente. Entonces bueno, (...) cuando voy a atender una persona que tiene plata, me tiene que pagar. Atiendo miles de personas que no tienen plata y no les cobro, naturalmente. Entonces yo esto del reiki chamánico lo hago para que las personas puedan valorar, concretamente, que lo que nosotros hacemos también vale.”

(Entrevista, noviembre de 2018).

Así, la variable económica aparece también como elemento legitimante: el monto a cobrar no se define sólo por el rédito económico sino en relación a otras terapias que se perciben como similares y a la situación socioeconómica del usuario. Susy cobra el mismo monto que un reikista como manera de mostrar que “vale” lo mismo, pero sólo a quien puede pagarlo.

Esta mixtura podría parecerse a lo que algunos autores definen como “neochamanismo” (Scuro y Rodd, 2019). Mircea Eliade (2009) consigna bajo esa rúbrica una práctica religiosa universal en la cual un sujeto se pone en contacto con un reino espiritual. En la misma línea, Harner (1980)—como antropólogo pero también como “traductor” del chamanismo— considera que se trata de una práctica de sanación y desarrollo espiritual que conlleva el uso de alguna planta o sustancia psicoactiva que permita entrar en éxtasis. Es justamente Harner quien, en sus prácticas, se apropia del chamanismo en un contexto que difiere del original, participando así de la emergencia del neochamanismo.

Para Townsend (2004), el neochamanismo se distingue del tradicional porque sus prácticas se reconfiguran en función del contexto de las espiritualidades *New Age*. Si bien se inspira románticamente en una figura religiosa ancestral, sus prácticas han sido traducidas a paradigmas religiosos contemporáneos, variando en algunos puntos sustanciales: “ser” chamán se torna una decisión individual; puede aprenderse; pone en contacto con un reino espiritual elevado y con entidades benévolas. El neochamanismo está extendido a lo largo del globo; a escala microscópica, puede convertirse

en una fuente ingente de dinero; explotado en una escala mayor, resulta un negocio rentable aprovechado dentro de los circuitos del turismo espiritual.

Estas prácticas aparecen mencionadas con frecuencia entre nuestros informantes urbanos de clases medias. Algunos de ellos relataron a viajes a Perú o a la selva boliviana para participar en prácticas neochamánicas. Permanecieron en un lugar adaptado a tal fin al menos una semana—algunos más de un mes—, para estar cerca de un chamán que condujo experiencias con ayahuasca, sesiones de baile ritual, prácticas de sanación en torno al fuego, etc. Los montos que pagaron por estas experiencias, que incluyen un alojamiento precario y comida igualmente magra, son elevados; en algunos casos, cien dólares diarios. Uno de los informantes se quejaba de la comida ofrecida durante la semana que permaneció en el lugar: la dieta no era en absoluto balanceada; según manifestó. Durante cinco días comió arroz; los dos últimos, huevos fritos. La precaria “hotelería” en la selva no era acorde al elevado costo que había pagado y se decepcionaba por la falta de “charlas” o espacios formativos. Las expectativas de este participante son las de las experiencias de riesgo controlado y religiones “domesticadas” al uso de la *New Age*, es decir, están en relación directa con el neochamanismo cuyo componente individualizante no puede ser ignorado: no se sintió desilusionado, en cambio, por la relativización de la comunidad de referencia del chamán, que debió ser una etnia americana. Si estaba presente, no lo mencionó especialmente; los originarios oficiaban como personal de apoyo, como telón de fondo sin significación especial. (Entrevista a Renato,

Córdoba, 18/09/2019)

En línea con las transformaciones contemporáneas de las religiones, algunos autores también hablan de chamanismo urbano (Mercante, 2019). Para Magnani (1999), el chamanismo urbano tiene que ver con la vida en las grandes ciudades. Según indica, esta variedad del chamanismo suele echar mano a numerosos recursos que provienen de universos simbólicos muy diferentes, como el tarot o las runas.

El caso de Susy es diferente, porque ella sigue siendo parte de su comunidad, aunque pueda existir un traslado geográfico: nuestra informante establece continuidades entre dos universos simbólicos y se apropia de una denominación que resulta legítima en el contexto urbano, para designar su práctica tradicional, encontrando que se trata de “lo mismo”. No parece “inauténtico” sino más bien un síntoma de vitalidad de una cultura. El ingreso al mercado terapéutico con sus propias prácticas redesignadas bajo un significante “audible” expresa una modulación más: su actividad es pensada desde una lógica profesionalista, que supone poner en valor su conocimiento.

El uso de este último término no es inocente. Byron Good (2003) desarrolló extensamente las maneras en que la palabra conocimiento, en antropología, se reserva para referirse a la ciencia occidental (“civilizada”), contraponiéndola a los saberes locales, que son pensados en términos de creencias. Nuevamente, la legitimidad y la legalidad coinciden con la atribución de la Verdad a la biomedicina. Y, si no hay más que *una* verdad, no hay tampoco más que una ciencia. Por defecto, todo lo demás es parte de las “creencias” que no contienen en sí mismas verdad alguna y, si la tienen, está deformada

por efecto de la “cultura”.

Legalidad y legitimidad son dos aristas fundamentales de la disputa entre la biomedicina y las medicinas tradicionales orientales; una –la legitimidad– empuja a la otra –la legalidad–: en la medida en que la población admite y valora la eficacia de estas prácticas, y su paradigma comienza a ser admitido hasta por los biomédicos, la legalización se torna factible. Las medicinas de los pueblos originarios, en cambio, si bien son legalmente admitidas, no pueden superar la circunscripción determinada por la etnia y su relación con la biomedicina es generalmente subalterna; esta última las “tolera” como un particularismo cultural cuya eficacia se reduce al plano simbólico. Su legitimidad, desde la perspectiva biomédica hegemónica, es prácticamente nula: está ubicada en el plano de la medicina casera, cuando no de la superstición. Sólo se le solicita que oficie de traductora para facilitar el ingreso –y la hegemonía– de la biomedicina, en posición de subordinación neta. En este campo estratégico tan desfavorable, la táctica de confundirse con las medicinas tradicionales orientales permite superar la restricción étnica y ganar paulatinamente visibilidad y legitimidad.

Conclusiones

Pensar la cuestión de la medicina tradicional huarpe implica necesariamente profundizar sobre las relaciones y tensiones entre paradigmas médicos no hegemónicos y la biomedicina como expresión del modelo de conocimiento moderno occidental. En este sentido, este trabajo pretende ser una primera aproximación al tema, dejando sin trabajar

numerosas cuestiones que emergieron en las entrevistas, como la relación entre sanación y género, los debates en torno a la comercialización de estos saberes y las articulaciones con prácticas religiosas; así como la perspectiva de otros actores involucrados (agentes sanitarios, médicos de los centros de salud, funcionarios públicos).

Advertidas estas limitaciones, el artículo deja planteados los ejes analíticos de las estrategias y las tácticas, así como los nudos problemáticos de la legalidad y la legitimidad, a partir de los que pensamos la relación entre el pueblo huarpe y el Estado en el campo de la salud. En primer lugar mostramos cómo se dibuja la estrategia: a pesar de los avances logrados a partir de las demandas de los colectivos indígenas, la integración terapéutica se encuentra más en las prácticas de autoatención del pueblo huarpe que en la implementación efectiva de políticas públicas de salud intercultural. En segundo lugar, identificamos diferentes tácticas mediante las cuales los miembros de estas comunidades se esfuerzan por legitimar sus saberes y conocimientos.

Nos interesa plantear, antes de terminar, algunas reflexiones acerca de la demanda de incorporación de la medicina tradicional huarpe al sistema oficial de salud. El reconocimiento de otros sistemas médicos (en este caso, los indígenas) por parte del Estado no sólo es importante a nivel simbólico sino que también podría aportar recursos que contribuyan a consolidar su posición (Kromptic, 2016, p. 21). La experiencia en otros países advierte acerca de la *domesticación* (Fadlon, 2005 en Saizar, 2016) sufrida por los sistemas no biomédicos en este proceso de oficialización, en el que

ciertas terapias son separadas de la cosmovisión que las contiene y se dejan de lado elementos fundamentales de estas (por ejemplo, el rol del chamán en su comunidad, la importancia del espacio físico donde se lleva a cabo la terapia, etc.). Se trata, entonces, de reponer en el debate un aspecto clave: la coexistencia horizontal de paradigmas como clave de cualquier intento de pluralismo médico. Pero este pluralismo debe ser democrático: las poblaciones deben poder elegir; según la dolencia, según la cosmovisión, según su propia trayectoria y experiencia. Para que este pluralismo democrático exista, es necesario garantizar un piso básico de acceso. Esto nos conduce a un último punto: a pesar de que las comunidades huarpe reivindican su medicina tradicional y su conocimiento ancestral como parte constitutiva de su identidad, también solicitan atención básica biomédica de la salud. Es importante, entonces, permanecer alerta frente a los peligros del culturalismo y entender que una cultura no se preserva aislándola, sino dejándole espacio, invitándola a formar parte de una mesa donde cada una pueda expresarse diferentemente pero también interactuar. Esto es lo que se observa cuando las sanadoras huarpe asimilan sus prácticas –al menos discursivamente– a otras terapéuticas mejor posicionadas: hay diálogos posibles entre ellas, y probablemente también los habría con la biomedicina, a condición de que el diálogo se disponga en un plano tan horizontal como se pueda.

Los pueblos originarios han tenido históricamente los índices sanitarios más bajos, tanto a nivel nacional como regional, por lo que es fundamental que el reconocimiento de su derecho a ejercer sus prácticas tradicionales vaya

de la mano con una mayor articulación entre el Estado y las comunidades, para trabajar con la participación de estas últimas en políticas públicas que aborden, respetuosamente, la salud.

Notas

1. Como desarrolló Menéndez (1994), el término “medicina tradicional” presenta dificultades conceptuales, puesto que remite a una idea de a-historicidad, de prácticas que no se transforman con el tiempo. Por otro lado, el término “sanación”, utilizado aquí por ser una categoría nativa, aparece en muchos autores como ligado a lo religioso (Idoyaga Molina y Luxardo, 2005). Esta noción emparenta la antropología médica con la antropología de las religiones. El análisis que proponemos pivota en los dos campos y se complementa con la incorporación de temas de sociología de la salud.
2. La hegemonía de la biomedicina en Argentina se construyó en gran parte a partir de la capacidad de organización de los profesionales. Como todo proceso de profesionalización, implicó disputas por los límites jurisdiccionales (Abbott, 1988), tanto internos- entre especialidades- como con otros sistemas médicos. La consolidación del modelo se plasmó en la creación de colegios y asociaciones profesionales, la institucionalización de la enseñanza, la búsqueda de protección estatal y la generación de reglas ten-
3. La Salvaguarda Indígena, financiada por el Proyecto Funciones esenciales y programas priorizados del Banco Mundial, fue puesta en marcha en el año 2006 y funciona en las provincias donde se activa la Política de Pueblos Indígenas del Banco Mundial, OP 4.10. El PNS-PI fue creado en 2016 y se constituyó como la continuación de una iniciativa comenzada en 2000 con el Programa ANAHI (Apoyo Nacional de Acciones Humanitarias para las Poblaciones Indígenas). Desde mayo de 2019, el Programa se encuentra bajo la órbita directa a la Dirección Nacional de Salud Familiar y Comunitaria dependiente de la Secretaría de Coberturas y Recursos de Salud.
4. Si bien en este caso no está desagregado por pueblo indígena al que pertenecen, las cifras dan una idea de este proceso de autorreconocimiento, que alcanzó a otros pueblos, además del huarpe. Esta diferencia no parece responder al crecimiento demográfico intercensal (que fue de sólo el 9,8% de acuerdo a datos del INDEC) sino al creciente autoreconocimiento.

dientes a “eliminar la competencia y la charlatanería y establecer la protección de los clientes” (Wilensky, 1964 citado en Abbott, 1988, p. 10. Traducción de las autoras).

Bibliografía

- 10/11/2018).
- Abbott, A.
1988 *The system of professions. An essay on the division of expert labor.* Londres: The University of Chicago Press.
- Aizemberg, L.
2013 “Salud indígena: una reflexión crítica y miradas alternativas a la perspectiva intercultural”, *Astrolabio*, (11), pp. 364- 385.
- Amzat, J. y Razum, O.
2014 “Medical Pluralism: Traditional and Modern Health Care”. En *Medical Sociology in Africa*. Disponible en: doi 10.1007/978-3-319-03986-2_10 (Acceso 01/06/2019).
- Antona Rodríguez, A.
2014 *Cultura y Salud en la Acción Humanitaria. Una perspectiva etnográfica.* Disponible en <http://semhu.es/wp-content/uploads/2017/04/CULTURA-Y-SALUD-EN-LA-ACCION%CC%81N-HUMANITARIA.pdf> (Acceso:
- Apud I.; Scuro, J. y Sanchez V.
2013 “Las tradiciones de la ayahuasca: su eco mediático y social en el Uruguay” en Romero, S. (ed). *Anuario de antropología social y cultural en Uruguay.* Vol. 11. Pp. 55–70. Montevideo: Nordan,.
- Araújo, S.
2016 “O primado do direito e as exclusões abissais: reconstruir velhos conceitos, desafiar o cânone”. *Sociologias*, (43), pp. 88-115.
- Banco Mundial
2010 “Argentina - San Juan Sector-Wide Approach (SWAP) Project : social assessment (Vol. 2) : Características generales de la provincia de San Juan”. Disponible en: <http://documents.worldbank.org/curated/en/538411468000242997/Caracteristicas-generales-de-la-provincia-de-San-Juan> (Acceso 06/07/2019).

- Besio, L.
2017 “Chañarales: espacios simbólicos de cura y peligro. Ensayo realizado sobre notas etnográficas con campesinos de comunidades huarpes en el departamento de Lavalle, al NE de la provincia de Mendoza (Argentina)”. *Revista del Museo de Antropología*, 10 (1), pp. 105-116.
- Bode, M.
2008 *Taking Traditional Knowledge to the Market: The Modern Image of the Ayurvedic and Unani Industry 1980-2000*. Hyderabad: Orient Black Swan.
- Bordes, M.
2012 “Reconversiones del control social en el campo de la salud. Un recorrido en torno a las relaciones entre Estado, medicina oficial y actores sociales no-biomédicos en Argentina”. *Tempo da Ciência*, Vol. 19 (37). Pp. 213 – 233.
2017 “Non-Conventional Practitioners in Buenos Aires City Hospitals: Entry and Permanence Strategies in Informal Laboral Settings Based on the Construction of Social Bonds” en *Alternative Therapies in Latin America. Policies, practices and beliefs*. New York: Nova Science Publishers. Pp. 141 – 158.
- Carneiro, H.
1999 “As drogas no Brasil colonial: o saber indígena e os naturalistas europeus”. En Nodari, E.; Pedro, J.; Iokoi, Z. y Gricoli, M. (ed.), *História: Fronteiras*. Anais do XX, Simpósio Nacional de História. São Paulo: ANPUH/Humanitas/FFCSH –USP. Vol. II, pp. 1007-1016.
- Casas, J. *et al*
2016 “El regreso de la voz y la palabra: los pueblos originarios de San Juan”. *Actas de las I Jornadas Nacionales de Investigación en Ciencias Sociales de la UNCuyo*. Mendoza: UNCuyo.
- de Certeau, M.
1996 *La invención de lo cotidiano I. Artes de hacer*. 1ª ed. México: Universidad Iberoamericana.

- Eliade, M.
2009 *El chamanismo y las técnicas arcaicas del éxtasis*. 2ª ed. México: Fondo de Cultura Económica.
- Escolar, D.
2007 *Los dones étnicos de la Nación. Identidades huarpe y modos de producción de soberanía en Argentina*. Buenos Aires: Prometeo Libros.
- Fernández, N. y Virosta, L.
2011 *Pueblos originarios y derechos humanos*. Buenos Aires: Secretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación.
- Funes Poblete, E.
2018 “Tierras Comunitarias Warpes. Tomas de posición y repercusiones en el proceso de la política estatal en la provincia de San Juan”. *MILLCAYAC - Revista Digital de Ciencias Sociales*, Vol. V(9), pp. 275-304.
- Furedi, F.
2004 *Therapy Culture: Cultivating Vulnerability in an Uncertain Age*. Londres: Routledge.
- Genest, S.
1978 “Introduction à l’ethnomédecine. Essai de synthèse”. *Revue Anthropologie et Sociétés*, 3(2), pp. 5-28.
- Gobin, M.
(s.f). *Reiki Chamánico*. [Artículo de blog] Disponible en <https://sanaciondelalma.com.ar/terapias-vibracionales/reiki-chamanico/> (Acceso el 5/6/2019).
- Good, B.
2003 *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. 1ª ed. Barcelona: Ediciones Belaterra.
- Harner, M.
1980 *The way of the shaman*. New York: Bantam.

- Idoyaga Molina, A.
- 1994 “La misionización y el surgimiento de nuevas formas terapéuticas y culturales”. *Antropológica*, (12), pp. 133-158.
- 1997 “Refigurando el shamanismo. Experiencias neoshamánicas en el área metropolitana”. *Folklore Latinoamericano*, (1), pp. 433-48.
- 1999a “El simbolismo de lo cálido y lo frío. Reflexiones sobre el daño, la prevención y la terapia entre los criollos de San Juan (Argentina)”. *Mitológicas*, vol. XIV (1), pp. 7-27.
- 1999b “La selección y combinación de medicinas entre la población campesina de San Juan (Argentina)”. *Scripta Ethnologica*, XXI, pp. 7-33.
- 2015 “Enfermedad, terapia y las expresiones de lo sagrado. Una síntesis sobre medicinas y religiosidades en Argentina”. *Ciencias Sociales y Religión/ Ciências Sociais e Religião*, (22), pp. 5-37.
- 2016 *Prólogo*. En Krmpotic, C. y Saizar, M. (coord.), *Políticas socio-sanitarias y alternativas terapéuticas. Intersecciones bajo la lupa* (pp. 13-16). Buenos Aires: Espacio.
- Idoyaga Molina, A. y Luxardo, N.
- 2005 “Medicinas no convencionales en cáncer”. *Medicina*, (65), pp. 390-394.
- Illouz, E.
- 2007 *Cold intimacies*. Londres: Polity Press.
- Islam, N.
- 2012 “New age orientalism: ayurvedic ‘wellness and spa culture’”. *Health Sociology Review*, Vol. 21 (2), pp. 220-231.
- Krmpotic, C.
- 2016 “Cuidar la salud en lo diverso. Medicina multicultural como un fenómeno de larga duración” en Krmpotic, C. y Saizar, M. (coord.), *Políticas socio-sanitarias y alternativas terapéuticas. Intersecciones bajo la lupa* (pp. 17-24). Buenos Aires: Espacio.
- Labate, B.
- 2004 *A reinvenção do uso da ayahuasca nos centros urbanos*. Campinas:

- Mercado de Letras.
- 2011 *Ayahuasca Mamancuna merci beaucoup: internacionalização e diversificação do vegetalismo ayahuasqueiro peruano*. Tesis doctoral. Campinas: UNICAMP.
- Labate, B. y Araujo, W. (Orgs.)
2009 *O uso ritual da ayahuasca*. Campinas: Mercado de Letras.
- Lorenzetti, M.
2007 “Del “capital social” a la “culturalización de la pobreza”: la construcción de alteridad en los programas de salud para la población indígena”. *IV Jornadas de Jóvenes Investigadores*. Buenos Aires: Instituto de Investigaciones Gino Germani, Universidad de Buenos Aires. Disponible en <https://www.aacademica.org/000-024/18> (Acceso 10/07/2019)
- 2009 “La construcción de la salud intercultural como campo de intervención”. *VII Jornadas de Salud y Población del Instituto Gino Germani*. Disponible en <http://webiigg.sociales.uba.ar/saludypoblacion/viiiijornadas/ponencias/ponencia-lorenzetti-viiijsyp.doc>. (Acceso 01/06/2019).
- Luna-Fabritio, A.
2015 “Modernidad y drogas desde una perspectiva histórica”. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, LX (225), pp. 21-44.
- Magnani, J.
1999 “O xamanismo urbano e a religiosidade contemporânea”. *Religião e Sociedade*, 20(2), pp. 113–140
- Menéndez, E.
1992 “Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales” en Campos, R. (Eds.) *La Antropología Médica en México*, Tomo 1. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- 1994 “La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?”. *Alteridades*, 4(7), pp. 71-83.

- Meneses, M. (consultado el 03/06/2018) .
- 2004 “Quando não há problemas, estamos de boa saúde, sem azar nem nada: para uma concepção emancipatória da saúde e das medicinas”. En Santos, B. de S. y Silva, T. (comp.), *Moçambique e a Reinvenção da Emancipação Social*. Maputo: Centro de Formação Jurídica e Judiciária. Pp. 77-110.
- Mercante, M.
- 2019 “Urban Shamanism”. En Gooren H. (eds) *Encyclopedia of Latin American Religions. Religions of the World*. Springer: Cham, pp. 1592-1594.
- Montani, M. y Vega Riveros, C.
- 2010 *Raíces Huarpes: Uso medicinal de plantas en la comunidad de Lagunas del Rosario, Mendoza, Argentina*. San Juan: Universidad Nacional de San Juan.
- Ministerio de Salud Pública de San Juan
- 2018 “Guía Provincial. Programas de Salud”. Disponible en http://salud.sanjuan.gob.ar/GUIA_DE_PROGRAMAS_2018.pdf
- Orzuza, S. M.
- 2014 “Políticas en salud mental e interculturalidad en la Argentina”. *Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 6(1), pp. 40-47.
- Papalini, V.
- 2014 “Culturas terapéuticas: de la uniformidad a la diversidad”. *Methaodos, revista de ciencias sociales*, 2(2), pp. 212-226.
- 2017 “New Age, salud y educación. Convergencia y divergencia de posiciones”. *Debates do NER*, (31), pp. 227-256.
- Pontes, A, Rego, S y Garnelo, L.
- 2018 “La actuación de agentes indígenas de salud en la región de Alto Rio Negro, Brasil: relaciones entre autoatención y biomedicina”. *Desacatos*, 58, pp. 84-103.
- Roberts, L. y Robert, L.
- 2011 *Reiki Chamánico*. Arkano Books.

- Saizar, M. Springer: Cham, pp. 1080-1085.
- 2016 “De la censura a la complementariedad domesticada. Reflexiones en torno a los modos de vinculación de la biomedicina con otras medicinas”. En *Políticas socio-sanitarias y alternativas terapéuticas. Intersecciones bajo la lupa* (pp. 25-42). Buenos Aires: Ed. Espacio.
- Santos, B. de S.
- 2010 *Descolonizar el saber; reinventar el poder*. Montevideo: Trilce.
- 2007 “Para Além do Pensamento Abissal: Das linhas globais a uma ecologia de saberes”. *Novos Estudos*, (79), pp. 71-94.
- Santos, B. de S. et al.
- 2004 *Semear outras soluções: os caminhos da biodiversidade e dos conhecimentos rivais*. Porto: Afrontamento.
- Scuro, J. y Rodd, R.
- 2019 “Neo-shamanism”. En Gooren, H. (ed), *Encyclopedia of Latin American Religions. Religions of the World*.
- Toniol, R.
- 2015 *Do espírito na saúde. Oferta e uso de terapias alternativas/complementares nos serviços de saúde pública no Brasil*. Tesis doctoral del Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Townsend, J. B.
- 2004 “Individualist Religious Movements: Core and Neo-Shamanism”. *Anthropology of Consciousness*, 14(1), pp. 1-9.
- UFIS
- 2017 “Marco de planificación para pueblos indígenas. Proyecto BIRF ‘Cobertura Universal Efectiva de Salud’ (P163345)”. Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. Disponible en: <http://www.ufisalud.gov.ar/attachments/article/360/MPPI%20CUS-Sumar%20con%20consulta.pdf> (Acceso 03/12/2018).

Viotti, N.
2014 “Revisando la psicologización de la religiosidad”. *Culturas Psi*, (2), pp. 8–25.

Resumen

El artículo aborda la salud intercultural en relación a la etnia huarpe de San Juan, Argentina. En un terreno marcado por la salud pública en términos biomédicos, las políticas de reconocimiento son débiles y el acceso a la salud no resulta suficiente. El análisis de la legislación existente y de las políticas de salud dirigidas a la etnia huarpe es el punto de partida para comprender las acciones que surgen desde una posición subalterna. En el contexto de estrategias diseñadas desde lugares de poder, las prácticas terapéuticas tradicionales resisten y encuentran otras formas de expresión. La investigación presenta el caso de algunas sanadoras huarpe que toman una posición activa en la preservación del acervo de saberes tradicionales por vías novedosas tales como el cultivo de plantas medicinales o la asimilación a las terapias alternativas. Entendidas como tácticas –acciones de aquellos que no pueden modificar las reglas del juego- que posibilitan su existencia por la vía de articulaciones, traslapes y redefiniciones, estas acciones complementan otras demandas y reivindicaciones que intentan incidir en el terreno de las políticas sanitarias. La relación que se establece entre prácticas tradicionales de curar y otras terapias no biomédicas resulta un campo favorable para que otras medicinas alcancen una legitimidad

creciente en un espacio cultural cuya tendencia hacia la pluralidad en términos de tratamiento y cuidado de la salud se afianza paulatinamente. Una investigación etnográfica general en curso sirve como marco para este análisis focalizado en entrevistas en profundidad realizadas tres informantes claves, observaciones con participación y una vasta recopilación y análisis de documentos y estadísticas de salud.

Palabras claves: huarpe, etnomedicina, neochamanismo, legitimidad, tácticas, pluralismo médico

