



ANEXO III: FORMULARIO DE PROYECTOS DE I+D

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO

1. Título del Proyecto de I+D.

"Prácticas y medicinas tradicionales en la atención de la salud: usuarios y especialistas"

2. Departamento/Instituto de radicación:

Instituto de Cultura Popular y Pensamiento Nacional

3. Línea de Investigación y Desarrollo de pertenencia:

(Marque con una cruz lo que corresponda)

Prioritaria	X	Complementaria	
-------------	---	----------------	--

Denominación:

4. Tipo de Proyecto:

(Marque con una cruz lo que corresponda)

Acreditable	X	Reconocimiento institucional	
-------------	---	------------------------------	--

5- Período de vigencia:

01/03/2023 al 31/12/2024

6. Justificación del Proyecto

(Máximo 1600 palabras. Desarrolle el objeto y problema del Proyecto así como el interés, la relevancia del Proyecto)

Las prácticas tradicionales en la atención de la salud tienen vigencia en virtud de que los actores de diferentes sectores socioeconómicos reconocen en tales prácticas efectos terapéuticos relevantes en distintas experiencias de enfermedad. Consiguientemente, la aceptación y vigencia de las medicinas tradicionales requiere de una profundización de los significados y motivaciones que llevan a unos y a otros a desarrollar estrategias de complementariedad terapéutica.

Es interés del presente proyecto describir y analizar las medicinas tradicionales que son parte de la configuración etnomédica en el área delimitada por Merlo, Ituzaingó, Marcos Paz y Las Heras, considerando tanto a sus usuarios como especialistas.



Se ha demostrado en investigaciones anteriores que la atención de la salud incluye el traslape de diversas medicinas en cualquier sociedad, con independencia de diferencias culturales, étnicas, socioeconómicas, niveles de instrucción y estilos de pensar (Albuquerque, 1979; Atkinson, 1979; Csordas y Kleinman, 1996; Douglas, 1998; Good, 1987; Guarnaccia y Farías, 1988; Idoyaga Molina, 1999 y 2002a; Kunitz, 1981; Leslie, 1980; Unschuld, 1980; Vecsey, 1978; OMS, 2002), lo que no quiere decir que las medicinas ofrecidas y utilizadas sean siempre las mismas.

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

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

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

A partir de este contexto, el conocer, describir y analizar las prácticas terapéuticas y los usos complementarios y paralelos que la población utiliza en sus búsquedas de la salud, son un factor prioritario para la implementación de estrategias sanitarias en las diferentes áreas. Esto es a partir de un exhaustiva etnografía y una profunda interpretación de los factores culturales, políticos, sociales y económicos que inciden al momento de elegir una terapia por sobre otra.

7. Estado actual del conocimiento sobre el tema.

(Máximo 2500 palabras. Desarrolle brevemente el marco teórico, los antecedentes y autores más relevantes que hayan tratado la problemática del Proyecto)



Contrariamente a lo que solía pensarse la medicina tradicional existe, está vigente e integra las ofertas de salud (Bianchetti, 1994; Disderi, 2001; Idoyaga Molina, 1999; Krause, 2000; Palma, 1978; Pérez de Nucci, 1988 y 1989, entre otros) no sólo en países del tercer mundo sino también en países industriales (Altkinson, 1979; Good, 1977; O'Connor, 2003, entre otros). Debido al aumento de la demanda de una atención médica diversificada en las regiones urbanas y rurales, es importante estar atento al papel que juega este tipo de medicinas en la atención de la salud.

La Organización Mundial de la Salud (2002) más allá de la biomedicina, distingue entre las medicinas tradicionales y las medicinas alternativas/complementarias. Las primeras varían de región a región, de país a país; según la OMS, se trata de diversas prácticas en relación con la salud; implican "acercamientos, conocimientos y creencias que incorporan a 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. La expresión «medicinas complementarias / alternativas» se usa para referir una amplia gama de prácticas que no son parte de la tradición propia de un país o que no están integradas dentro del sistema de salud dominante. Así, por ejemplo, la acupuntura es tradicional en China pero en Europa es una práctica alternativa /complementaria al igual que la homeopatía o la quiropraxia (OMS, 2002).

La clasificación de la OMS, se funda en la idea de que en los países del tercer mundo la atención de la salud la concretan la biomedicina y las medicinas tradicionales, mientras que en las sociedades desarrolladas la población recurre a la biomedicina y a las medicinas complementarias/alternativas. Este esquema no es válido para la Argentina, porque la oferta incluye medicinas tradicionales y alternativas además de la biomedicina, además porque las estrategias terapéuticas desarrolladas por los pacientes muestran la combinación de todos los tipos de medicinas mencionados, incluso en un mismo episodio de enfermedad (Idoyaga Molina, 2000).

En el caso particular de la Argentina podemos sintetizar que se han propuesto distintas conceptualizaciones que giran alrededor de los mismos elementos. Así Hugo Ratier en su libro *La Medicina Popular* (1972) denomina como Medicina Folk a aquella que escapa a los cánones de la medicina oficial y se basa en prácticas antiguas, cuya mayor vigencia se registra en la campaña, pero no solo en ella. Sin embargo en ciertos ámbitos del país los sistemas médicos se dan con cierto grado de pureza. También destaca que se ha tratado de separar la medicina folklórica de la magia o de la religión, pero el pueblo no las separa ya que la composición de la medicina Folk de nuestro país puede ser entendida como la mezcla de:

- a) el sustrato indígena que ayudó a marcar diferenciaciones regionales. El aporte de la medicina étnica o etnobotánica es evidente sobre todo teniendo en cuenta el subsuelo étnico de nuestro país.
- b) los elementos de la medicina clásica, a través de interpretaciones árabes, llegan con los conquistadores españoles y con estos también la medicina Folklórica Española.



- c) el aporte de la medicina moderna a través de 2 canales: la medicina culta de las ciudades y los manuales de medicina doméstica en manos generalmente de boticarios.

Asimismo sostiene que hay tres componentes que todos los autores que tratan esta temática señalan presentes en esta medicina: el mágico, el religioso y el natural:

- I. El mágico consiste en la manipulación de las fuerzas sobrenaturales para producir efectos o dominar fuerzas naturales. Para esto hay dos caminos: la magia blanca –a través de la ayuda de entes celestiales- o la magia negra –basadas en fuerzas malignas destinadas a hacer daños
- II. Lo religioso parte de la creencia en la omnipotencia de Dios y en la eficacia en los Santos e invocaciones en la Virgen María como intermediarios ante el ser supremo.
- III. El aspecto natural es quizás el más positivo como este autor sostiene, incluye productos vegetales, animales y minerales que integran la farmacopea curanderil.

En 1959 Armando Vivante propone una distinción de los tipos de profesionales que ejercen esta medicina. Separando al curandero policlínico de los especialistas considerándolo como el verdadero y más capacitado, el cual trabaja en su medio con autoridad y es realmente útil. Sin embargo, los especialistas son varios, así encontramos al arregla huesos, el especialista en empachos y problemas estomacales y las comadronas o parteras. Por último estaban los médicos ocasionales, los cuales eran entendidos, farmacéuticos o boticarios que, excediendo sus capacidades, intentaban reemplazar al médico.

Así, continuando con un relevamiento bibliográfico, nos encontramos con Pérez de Nucci (1988) quien define a la medicina popular sobre la base de la experiencia, la magia, el tabú y la religión, en donde la acción del curador es diagnóstica, protectora, terapéutica y maléfica.

Por otro lado Arrué y Kalinski (1991) quienes también se han inclinado por el término medicina "popular", la definen como las prácticas de atención de la salud con raíz aborigen y aspectos de la medicina oficial que progresivamente se han ido popularizando.

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

Siguiendo con esta perspectiva, en el presente proyecto tomaremos la conceptualización que nos brinda Idoyaga Molina (2002) quien define a la medicina tradicional argentina sobre la base de dos instituciones, los shamanismos y el



curanderismo. A su vez este último genera una forma de autotratamiento tradicional que es conocida con el nombre de medicina casera o doméstica.

Si bien es claro que la vigencia de la medicina tradicional es notoria y real y aunque antiguamente se la ligaba las zonas rurales, con las migraciones internas del campo hacia las urbes, ha llevado a que se encuentre presente también en los grandes centros poblados (Ratier, 1972). También, como notaran Ahmed y Kolker (1979) se han identificado funciones físicas, psicológicas y sociales que cumplen estas medicinas en presencia o no de la biomedicina.

Como los autores antes descriptos, otros autores que han dedicado su esfuerzo al estudio de la medicina tradicional (García, 1984; Palma, 1978; Ratier, 1972) coinciden en dividirla en dos grandes grupos: la medicina casera y aquella practicada por profesionales. Así García (1984) distingue a ambas en:

- a) Medicina casera: es el uso del saber tradicional respecto de hierbas medicinales para curar enfermedades de causas naturales y no rebeldes.
- b) Curanderismo: son los conocimientos exclusivos de los especialistas los cuales combinan el uso de elementos empíricos, mágicos y religiosos, poseen un don que excede lo empírico, y utilizan la ayuda de algún santo.

La distinción de estos dos grandes grupos se fundamenta en el planteo de la autora en el grado de dispersión de los conocimientos en la comunidad, es decir que la medicina casera es aquella cuyos conocimientos asociados son compartidos por la mayoría de sus miembros; y el otro grupo está definido por la posesión exclusiva de determinados saberes por algunas personas del lugar (Oliverio, 2006).

En cuanto a la complementariedad, así como el lugar de las medicinas tradicionales, en la Argentina conviven diferentes nociones y prácticas culturales que pueden advertirse claramente en el campo de las ofertas de salud. Éstas incluyen diversos sistemas médicos que oscilan desde medicinas de origen oriental como el yoga y la acupuntura hasta sanaciones religiosas como las ligadas a las creencias y prácticas del catolicismo, de numerosas iglesias pentecostales y evangélicas.

En el área de estudio las medicinas tradicionales son el curanderismo y autotratamiento tradicional o medicina casera, a diferencia de otras provincias en las que se suman los shamanismos practicados por las sociedades indígenas, vigentes en el Gran Chaco, Misiones y el sur del país.

El curanderismo es la medicina tradicional más difundida, es común en áreas rurales y urbanas. Sus nociones y prácticas sintetizan¹ antiguos saberes populares, antiguas praxis y conocimientos biomédicos con terapéuticas rituales, de origen católico en su mayoría. Entre los saberes de la medicina oficial, aparecen ideas de raigambre humoral, especialmente desdibujados, pues ya no aluden a la concepción de la salud

¹ Tomamos el concepto de síntesis cultural propuesto por Taussig (1987), superador de la idea de síncretismo, en tanto da cuenta de la dinámica de cambio, pero no implica la transformación de dos tradiciones culturales que se fusionan y dan origen a una tercera, sino la puesta en movimiento de estructuras de pensamiento que se ponen en juego para incorporar nuevas realidades, estructuras que finalmente suelen modificarse.



que califica los males, los remedios y los alimentos en cálidos y fríos², sino a manifestaciones descontextualizadas, como etiologías de la enfermedad que remiten a mala alimentación o combinaciones inadecuadas, corte del proceso digestivo, exposición a desbalances térmicos, etc. Al hablar del saber popular de los inmigrantes, nos referimos a las tradiciones aportadas por los colonizadores del territorio, que se asentaron entre fines del siglo XIX y principios del XX.

Los curanderos no deben pensarse como portadores de conocimientos cristalizados en el tiempo, sino como especialistas que incorporan y refiguran constantemente diversos elementos, tipos de servicios y saberes que les permiten adaptarse al nuevo contexto local y global, convirtiéndose en una opción apreciada por individuos de distintos sectores socioeconómicos y educacionales.

Los legos tienen la capacidad de preparar numerosas recetas y remedios de origen vegetal, en menor medida mineral y algunas veces de origen animal, colocar cataplasmas y parches y recomendar baños de asientos, entre otras prácticas que, por supuesto también revelan su origen biomédico. Entre los legos algunos se especializan en la atención de zafaduras (huesos dislocados), quebraduras y quemaduras, lo que no quita que muchos curanderos también puedan tratar estos cuadros. Obviamente, en la actualidad la automedicación también incluye fármacos de laboratorios, más allá de las prácticas caseras, por parte de individuos de todos los sectores socioeconómicos. Ante cualquier episodio de enfermedad la población de esta provincia recurre al autotratamiento como primera opción terapéutica, tal como sucede en la inmensa mayoría de las sociedades (Kleinman, 1980).

Además de las ofertas tradicionales el área de estudio cuenta con centros de alta complejidad públicos ubicados en las ciudades con mayor población y otro conjunto de hospitales en los municipios, que en virtud de la gravedad del mal, atienden los casos presentados o derivan a los pacientes ante la ausencia de especialistas o de las tecnologías necesarias.

Entre las ofertas se encuentran también las terapias o medicinas alternativas. Son aquellas globalmente difundidas en los últimos tiempos y habitualmente asociadas a los fenómenos de *new age*, tales como el yoga, el shiatsu, el reiki, la reflexología, la medicina ayurvédica, entre otras (Carozzi, 2001; Amaral, 1999). En el área que nos ocupa hemos constado la oferta de yoga, acupuntura, auriculoterapia y reflexología. Su oferta apunta a captar usuarios de sectores medios y altos razón por la cual se encuentra principalmente en los sectores urbanos, dejando fuera de las posibilidades a la mayoría de los individuos de los llamados sectores populares, a pesar de que, tanto nociones como la de energía, armonía o espiritualidad, como la explicación de la enfermedad y la salud como resultado de diversos equilibrios y desequilibrios entre entidades y energías de las personas, entre el individuo y su medio social y/o ambiental, son bien recibidas y fácilmente interpretadas en el marco de los conceptos y prácticas tradicionales (Idoyaga Molina, 1999). En términos generales, se trata de un número creciente de especialidades y aunque algunas de ellas puedan ser tradicionales no lo son en la Argentina y es, por ello, conveniente distinguirlas con el rótulo de "alternativas" y así diferenciarlas de las medicinas tradicionales del país (Idoyaga Molina, 2002).

² Como ha notado Foster (1994) en relación con poblaciones de México e Idoyaga Molina (2002) en relación con nuestro país en lo que hace al NOA, Cuyo y el Litoral vale decir las regiones poblada desde el siglo XVI, se trata de conocimientos con origen en la medicina humoral aunque profundamente reformulados



Por último encontramos a las medicinas o curas religiosas cuyas nociones y prácticas son realizadas en cultos, rituales y otras actividades destinadas a la sanación corporal y espiritual de los solicitantes. Dichas actividades se realizan tanto en los contextos de prácticas religiosas institucionales como en atenciones de especialistas que pueden o no ser reconocidos oficialmente y pertenecer o no a alguna iglesia institucionalizada. Las medicinas religiosas en ésta provincia están limitadas a las ejercidas por los grupos evangélicos o pentecostales, prácticamente no hay movimientos católico carismáticos, y nunca penetraron los cultos afroamericanos, a diferencia de los que sucede en otras áreas del país (Frigerio, 1989; Soneira, 1999).

Hemos comprobado que al igual que los países desarrollados, en la mayoría de la Argentina con independencia de niveles sociales, económicos y de instrucción y, más allá, de diferencias culturales, la población en su mayoría recurre a prácticas de complementariedad terapéutica para atender su salud, es decir recurre a la combinación de distintas medicinas, incluso se advierte la preferencia por medicinas alternativas en lugar de la biomedicina, situación que se manifiesta de la misma manera en otras regiones del país e incluso en países desarrollados. Cuando hablamos de diferentes niveles socioeconómicos nos referimos propietarios de campo de extensiones diversas, incluyendo propiedades de gran valor, otras de costos intermedios y de pequeños propietarios, a la vez incluimos entre los sectores medios y bajos a los individuos que -con diferentes posiciones- trabajan en relación de dependencia como empleados de empresas o del Estado o bien empresas PYMES. Podríamos afirmar que los sectores ligados al ámbito político y algunos propietarios de grandes extensiones de campo alcanzan posiciones socioeconómicas definibles como altas. Los estratos más bajos incluyen también a población dependiente de los programas estatales como por ejemplo jefas y jefes de hogares.

Teniendo en cuenta nuestra labor de campo y la bibliografía consultada sobre el tema, resulta ingenuo explicar el auge de medicinas tradicionales y de prácticas alternativas como resultado de pobreza, falta de instrucción de los usuarios o ausencia de oferta biomédica, incluso en regiones alejadas y rurales (Idoyaga Molina, 1999 y 2002; WHO, 2002). Se trata de un fenómeno cuyas significaciones y explicaciones deben aún explorarse en contextos locales, ya que es ahí donde las transformaciones sociales y culturales de corte estructural, se pueden verificar en los cambios en el modo en que los actores sociales conciben las dolencias e interpretan sus causas, así como también los ideales que se configuran en torno a la salud y las estrategias implementadas para su cuidado (Herzlich, 1974). Con la intención de dar cuenta del pluralismo médico en contextos interculturales se han propuesto diversas clasificaciones que ordenan el campo de las ofertas terapéuticas. Así, Kleinman (1980) concibe el modelo de atención de la salud como un sistema cultural y local, compuesto por el traslapo de tres medicinas: la profesional (la académica u occidental), la popular (la practicada por legos en el contexto de la familia y la comunidad) y las *folk* (las practicadas por especialistas nativos, que varían según regiones y grupos étnicos). En relación con la atención de la salud en la Argentina, se ha observado que estas tres categorías si bien son válidas, son insuficientes para dar cuenta de la totalidad del fenómeno (Idoyaga Molina, 1999), discriminando a quien van dirigidas las ofertas y que diferencias presentan los itinerarios terapéuticos de individuos de diferentes sectores sociales, económicos, étnicos, culturales y otros factores. En virtud de ello entendemos a la atención de la salud a través del traslapo entre la biomedicina, las medicinas tradicionales, el autotratamiento, las curas religiosas y las medicinas alternativas. Cabe agregar que la pertenencia a diferentes sectores culturales, sociales y económicos incide en la selección y combinación de medicinas que hace la



población (Idoyaga Molina, 2002). Con dicha definición podemos considerar también los sistemas locales de oferta y los factores que inciden en el acceso por parte de los usuarios, distinguiendo grupos culturales y sectores sociales.

Entre los sectores de menos recursos económicos la combinación del autotratamiento, la biomedicina y la medicina tradicional es lo habitual, a las que pueden sumarse eventualmente las ofertas de las sanaciones religiosas. Sólo en el caso de los adherentes a las iglesias pentecostales y evangélicas la búsqueda de la salud se da en el contexto de la propia iglesia, reemplazando al curanderismo.

Teniendo en cuenta lo expuesto este proyecto indaga el papel que juegan las medicinas tradicionales en la atención de la salud del área de estudio, distinguiendo sectores socioeconómicos y estilos de pensar (Douglas, 1988).

8. Objetivos general y específicos

Objetivos Generales:

- 1 Describir y analizar las medicinas tradicionales que se ofrecen en el área de estudio.
- 2 Analizar las prácticas terapéuticas tradicionales en contextos pluriculturales como parte del sistema médico.

Objetivos Específicos:

- 1 Describir los motivos y significados de la selección de las medicinas tradicionales.
- 2 Indagar los motivos y significados de preferencia de las prácticas terapéuticas tradicionales en relación con otras medicinas.
- 3 Analizar los motivos y significados de rechazo de las medicinas tradicionales.
- 4 Describir y analizar las manifestaciones y teorías etiológicas de la enfermedad que dan soporte a las medicinas tradicionales.
- 5 Describir y analizar las nociones y prácticas de los sistemas diagnósticos y terapéuticos tradicionales.
- 6 Describir la corporalidad según las medicinas tradicionales.
- 7 Describir y analizar la figura del curandero como terapeuta tradicional (proceso de iniciación, actividades que puede ejercer, auxiliares, técnicas de manipulación del poder, etc.)
- 8 Describir y analizar las principales enfermedades de concepción popular recurrentes en la zona.
- 9 Describir y analizar los saberes y las técnicas terapéuticas tradicionales utilizadas por legos.

9. Hipótesis de la Investigación

(Máximo 500 palabras)



Las medicinas tradicionales son reconocidas y tienen vigencia en virtud de que los actores de diferentes sectores socioeconómicos reconocen en tales prácticas efectos terapéuticos relevantes en distintas experiencias de enfermedad. Consiguientemente, la aceptación y vigencia de las mismas requiere de un análisis de los significados y motivaciones que llevan a unos y a otros a desarrollar estrategias de complementariedad terapéutica en contextos pluriculturales.

10. Metodología a utilizar.

(Máximo 1600 palabras)

El tratamiento de estas temáticas requiere de la utilización de un paradigma interpretativo con un estilo de investigación cualitativo capaz de dar cuenta de la cosmovisión de los sujetos, tratando de conocer el significado que guía su comportamiento a partir del análisis de las diversas interpretaciones. La elección del paradigma implica también asumir cuestiones de corte ontológico, epistemológico y metodológico que podemos resumir bajo la idea de una realidad socialmente construida, variable y apta para ser captada a través de la interacción con los sujetos en la búsqueda por construir de nuevas representaciones sobre un mismo fenómeno (Denzin y Lincoln, 1994). De esta forma trabajaremos con esquemas flexibles que se adaptan al objeto de estudio y pueden ser redefinidos durante el proceso de recolección de datos (Robson, 2002). A su vez, la fortaleza de este tipo de diseño radica en que el investigador no recoge datos para evaluar modelos o teorías preconcebidas (Taylor y Bodgan, 1996), sino que intenta construir conceptos, intelecciones y comprensiones partiendo de la realidad y consciente de que él mismo es una herramienta de este proceso (Robson, 2002; Hammersley y Atkinson, 1994).

El enfoque metodológico propuesto desarrollará una etnografía que dará cuenta de los factores, vivencias y significados que explican los procesos de selección y combinación de medicinas. El presente trabajo se enmarcará dentro de las corrientes hermenéuticas y fenomenológicas. Esto implica la suspensión o puesta entre paréntesis de saberes teóricos y tradicionales y de disposiciones pragmáticas y afectivas (Merleau Ponty, 1945), implica reducir lo que Schütz denominó el mundo del sentido común (1972), para acceder a las vivencias y experiencias del sujeto, las que se constituyen en el núcleo central del análisis. En un segundo momento, se focalizarán las estructuras de significación, en cuanto esencias de sentidos que explican y permiten comprender las experiencias particulares y los fenómenos concretos en su historicidad. En otras palabras, consideramos al hecho o fenómeno cultural como una estructura que sólo puede ser comprendida teniendo en cuenta todas las asociaciones y significados a partir de un acabado fenomenismo, que debe el hecho como contenido de conciencia. Esto es, en tanto hecho pensado, actuado y vivido. Este enfoque en segundo momento permite acceder a las estructuras de significación. Desde la perspectiva fenomenológica se dará cuenta de las experiencias de enfermedad y terapia y consecuentemente de la selección y combinación de medicinas, para así poder no sólo considerar los aspectos objetivos de la enfermedad y las representaciones culturales sino también la experiencia subjetiva (Good, 1992), lo que Kleinman (1980) ha llamado una "etnografía de la experiencia".

La unidad de análisis estará conformada por las personas de las localidades de Merlo, Marcos Páz, Ituzaingó y Las Heras entre quienes distinguimos tres sectores socioeconómicos, altos, medios bajos. Las técnicas a utilizar durante el trabajo de campo son cualitativas y la mayor parte de la información será recabada a través de



entrevistas abiertas, extensas y recurrentes con informantes calificados y/o grupo naturales (Coreil, 1995). Esta forma permiten que los individuos se expresen libremente sobre la base de sus asociaciones y significaciones, sin ser presionados por las inducciones, preconcepciones y recortes previos del campo a investigar.. Se procederá, asimismo, a la observación y a la observación participante de diferentes praxis terapéuticas llevadas a cabo por curanderos y/o legos, a la recolección de elementos utilizables en su farmacopea, la preparación de remedios caseros, entre aspectos. Ambas técnicas son consideradas clásicas en el campo de la etnografía (Griaule, 1969; Hammersley y Atkinson, 1994; Robson, 2002; Taylor y Bogdan, 1996). El método etnográfico ofrece ventajas para el desarrollo de teoría a través de un registro de conocimiento cultural fundado en el análisis holístico de las sociedades (Hammersley y Atkinson, 1994) por saturación teórica, lo que deja a las técnicas cuantitativas por fuera de las elegibles. La posibilidad de comprender a las culturas bajo criterios de intersubjetividad y significación a la vez que se reconoce a la totalidad del objeto de estudio como horizonte de análisis, hace de la etnografía una estrategia de investigación clave en el abordaje de éste tipo de temáticas. En este sentido, las etapas del proceso de elaboración, que incluyen las descripciones densas, la traducción de los *"patrones culturales"*, la explicitación y explicación de las *"reglas de juego"* y a su vez el trabajo hermenéutico de interpretar los resultados, contribuyen a identificar categorías relevantes en la construcción de teoría social (Velasco y Días de Rada, 1997).

Consideramos informantes calificados a: curanderos, legos practicantes de la medicina casera, enfermos, familiares de enfermos, conocedores de recetas tradicionales y de fórmulas para curar de palabra y a quienes los miembros de las comunidades nos indiquen como conocedores de los temas a tratar. También consideraremos informantes a enfermeras/os y trabajadoras/es sociales, quienes están en cercanía con las prácticas reales de la población. La multiplicación de los informantes es metodológicamente explicable a través de la técnica de la bola de nieve. Se recogerán prevalentemente caminos terapéuticos de enfermos concretos. Entendemos por caminos terapéuticos (Idoyaga Molina, 1999) a los recorridos concretos en búsqueda de salud que hacen los enfermos y afligidos por distintas medicinas y diversos practicantes de una misma medicina. El enfoque de estos itinerarios ofrece ventajas en virtud de que al hablar de sus experiencias de enfermedad, los informantes brindan información –sin preguntas inductivas ni límites temáticos- sobre las manifestaciones del mal, la corporización –*embodiment*- (Csordas, 1994), las emociones y vivencias, las teorías etiológicas, las redes sociales puestas en movimiento, las tensiones sociales generadas en la comunidad -por ejemplo frente a un diagnóstico de mal hecho y una acusación de brujería-, las medicinas frecuentadas, el papel de los curadores, los métodos diagnósticos utilizados y los diversos diagnósticos recibidos, las prácticas terapéuticas, refiriendo desde medicaciones hasta sensaciones y experiencias de la cura ritual, la calidad de las terapias, los motivos de selección y rechazo de las diferentes opciones médicas y de especialistas particulares, entre otros aspectos. Por otra parte, el enfoque de caminos terapéuticos es de utilidad porque recaba el comportamiento real; no es lo mismo lo que la gente dice que haría en caso de estar enfermo que lo que realmente hace ante los padecimientos concretos (Idoyaga Molina, 1999 y 2002). A la vez, como ha notado Frake (1961), los informantes están de acuerdo en sus descripciones verbales sobre qué hace a una enfermedad diferente de otra, sin embargo, eso no significa que haya el mismo acuerdo cuando se designa al padecimiento que sufre un enfermo particular. Las entrevistas serán recabadas magnetofónicamente. Al trabajar con los terapeutas tradicionales, enfocaremos los procesos de aprendizaje, la iniciación, quiénes son los



auxiliares que cuenta, qué tipo de actividad incluye su oferta, como en relación con los otros informantes recogeremos las nociones relativas a la enfermedad, las teorías etiológicas, asimismo consideraremos las nociones y significados que suponen las prácticas terapéuticas y demás actividades realizadas por los especialistas tradicionales, tanto desde la perspectiva de los especialistas como de la de los usuarios. Al trabajar con los legos relevaremos las circunstancias de aprendizaje, los males que es capaz de tratar su experiencias terapéuticas y como es visualizado por los miembros de la comunidad. Cada informante será entrevistado recurrentemente, volviendo a los temas para captar las significaciones y comportamientos referidos en toda su amplitud, su campo semántico y los sistemas valorativos en los que se inscriben, haciéndoles saber que pueden suspender o retirarse de la entrevista en el momento que lo deseen. También se comunicará las características y el objetivo de ésta investigación a cada uno de los entrevistados. Requeriremos su consentimiento respecto al uso de los materiales recabados, así como la utilización de los nombres reales en los relatos seleccionados para el análisis de textos, en caso contrario se utilizarán nombres ficticios para proteger la confidencialidad y el anonimato.

Dentro del trabajo de gabinete se procederá a la transcripción literal del material de entrevistas y posteriormente a su clasificación y sistematización. Se sistematizará además el material proveniente de la observación, para luego proceder a su confrontación con el material proveniente de entrevistas. El análisis de los datos apuntará a revelar los significados de las vivencias, nociones y prácticas de los actores sociales en relación con las experiencias de enfermedad, aflicción y sanación y el papel que juegan las medicinas tradicionales. Así como los motivos de las combinaciones y preferencias (o rechazos) terapéuticas por el curanderismo articulando factores culturales, socioeconómicos, estilos de pensar, calidad de los servicios de salud y las influencias nacionales y globales en los contextos locales. El trabajo con curanderos permitirá detectar las adaptaciones que los mismos realizan en función de las nuevas demandas, resultantes de los cambios en el perfil de los consultantes.

11. Resultados Esperados

(Máximo 800 palabras)

Hemos expuesto que hay muchas investigaciones previas que demuestran que la gente hace un uso tanto paralelo como complementario de las medicinas a las que tienen acceso. Lo que es necesario, a partir del área de estudio, es analizar cuáles son los factores que son puestos en consideración al momento de la elección de una terapéutica por sobre otra. Algunas de las afirmaciones en trabajos previos rondan en considerar como por ejemplo la gravedad del mal, la etiología del mismo, la eficacia terapéutica comprobada en experiencias previas tanto personales como del entorno social inmediato del enfermo, entre otras. Pero en términos más generales, podemos afirmar que la elección terapéutica tiene en cuenta los factores estructurales -como el sistema de representaciones- y coyunturales -como el consejo de un amigo, cercanía del lugar de residencia del terapeuta, posibilidades económicas etc.- (Fassin, 1992).

Este proyecto apunta a entender como algunas prácticas terapéuticas en el ámbito popular son vigentes y actualizadas frente a las nuevas interpretaciones de sus usuarios y especialistas.



En este caso, las medicinas tradicionales, están vigentes conformando una configuración etnomédica junto a otras medicinas y terapias, las cuales lejos de ser cristalizaciones, por las propias dinámicas culturales actuales, se vuelven una oferta viable en la atención de algunos males.

Los datos nos daría una aproximación a lo que la gente hace en búsqueda de la salud, posibilitándonos construir políticas de salud que sean eficientes ya que atienden al sistema de representaciones culturales de la población del Área de estudio.

12. Antecedentes y funciones previstas del Grupo de Investigación en el área temática/disciplina

(Máximo 500 palabras)

El presente es un grupo de reciente formación. Sus integrantes provienen de diferentes áreas temáticas, pero con especialidad y territorio que podrá plasmarse de manera positiva en el desarrollo del presente proyecto. En este sentido el grupo está integrado por personas que vienen del ámbito de la biomedicina, de la historia, la informática los cuales estarán bajo la dirección de un especialista del campo de la antropología médica con antecedentes específicos en el tema.

De esta manera cada investigadora e investigador podrá aportar desde su propia área información, estrategias, ordenamiento del material, recolección de datos y por sobre todo una mirada multidisciplinaria de un fenómeno que es participado por casi toda la comunidad determinada en los municipios de Merlo, Ituzaingó, Marcos Paz y Las Heras.

Asimismo, es importante además destacar que la dirección del presente proyecto está a cargo de un investigador formado y con experiencia en el tema concreto, en la dirección, co-dirección y participación de proyectos acreditados y a fines a la temática, lo que de cierto modo da solvencia al proyecto y su concreción.

13. Transferencia de Resultados.

(Máximo 800 palabras. Detalle el objeto de la transferencia, su importancia, los destinatarios concretos o posibles y los procedimientos para concretarla)

La transferencia del presente proyecto está directamente ligada a dar a conocer los factores que inciden al momento de la elección de una medicina o varias para buscar la salud.

De esta manera y a partir de establecer un mapa de medicinas en el área delimitada haciendo hincapié en las medicinas tradicionales y el lugar que ocupan en dichos trayectos, se podrá interpretar como es la recurrencia a estas prácticas por fuera de las ofertas de la biomedicina.

El hecho de imponer algunas políticas sanitarias desconociendo los factores representacionales -sociales y culturales- llevan a que las mismas sean probablemente mal implementadas y no lleguen a cumplir sus objetivos.

Un proyecto como el que se presenta en este momento ayuda a poner en contexto y conocimiento actual sobre los factores manifestados en dichas elecciones, lo cual demuestra que a través de un análisis interpretativo en términos de "estructuras de



significación" (Ponty, 1945) podemos comprender las motivaciones por las cuales la población concurre a diferentes medicinas para tratar sus padecimientos.

14. Viabilidad y Factibilidad Técnica

(Máximo 500 palabras)

El presente proyecto conformó un equipo interdisciplinario cuya áreas de investigación y territorio son fundamentales para alcanzar profundidad en los datos recabados y su posterior sistematización.

Las áreas son Antropología médica, Historia, Biomedicina e Informática.

Desde estas disciplinas podremos tener un trabajo de campo de rigor etnográfico, un mirada historicista de un fenómeno que encuentra vigencia en las prácticas actuales, territorio e informantes desde los propios caminos terapéuticos y un especialista en el desarrollo de estrategias para la conformación de entrevistas, encuestas, ordenamiento y análisis de variables.

Por todo ello considero factible el desarrollo del presente plan de trabajo.

15. Aspectos Éticos.

(Si corresponde máximo 500 palabras)

No corresponde

16. Aspectos de Seguridad Laboral, Ambiental y Bioseguridad requeridos

(Si corresponde máximo 500 palabras)

No corresponde.

17. Intervención de terceros

(Justifique la intervención de terceros y anexe los Convenios o Acuerdos específicos requeridos para su intervención)

No corresponde.

18. Cronograma de Actividades.

Detalle las actividades propuestas. Consigne separadamente cada actividad unitaria.

1^{er} Año

Actividad	Mes
-----------	-----



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Trabajo de campo. Observación y observación participante en talleres.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Entrevistas a informantes calificados	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Transcripción de materiales originales.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Fichaje sistemático de bibliografía. Clasificación de materiales. Sistematización de materiales. Análisis de materiales. Comparación y contrastación de la información.							x	x	x	x	x	x
Evaluación del cumplimiento de los objetivos							x	x	x	x	x	x
Interpretación y comprensión de datos							x	x	x	x	x	x
Exposición de resultados obtenidos							x	x	x	x	x	x
Redacción de informe de avance								x	x	x	x	x

2^{do} Año

Actividad	Mes											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Trabajo de campo. Observación y observación participante. Entrevistas a informantes calificados	x	x	x	x	x	x						
Transcripción de materiales originales.	x	x	x	x	x	x						
Fichaje sistemático de bibliografía. Clasificación de materiales. Sistematización de materiales. Análisis de materiales. Comparación y contrastación de la información.	x	x	x	x	x	x						
Evaluación del cumplimiento de los objetivos							x	x	x	x	x	x



Interpretación y comprensión de datos	x	x	x	x	x	x							
Exposición de resultados obtenidos							x	x	x	x	x	x	
Diseminación de resultados							x	x	x	x	x	x	
Redacción del Informe final									x	x	x	x	

19. Presupuesto

Presupuesto del Primer año de ejecución



Rubro	Descripción	Monto
1 Bienes de consumo	PACK Cuadernos universitarios, Caja X 50 Lapicera / Filgo Stick 026 Azul, Cartuchos de impresión a color, Resma de papel, Bibliorato Esquela Carton Gris 1ºcalidad X 10unidades, fotocopias	17.500
2 Servicios no personales	----- -----	-----
3 Servicios técnicos y profesionales	----- -----	-----
4 Servicios comerciales y financieros	Imprenta	15000
5 Pasajes y viáticos	Viajes y viáticos relacionados con el proyecto	100.000
6 Bienes de uso	Bibliografía	40000
7 Equipamiento	Philips Grabadora Voz DVT 1110 Tableta 2 en 1 con teclado, Tabletas Android 10 de 10,1 pulgadas, Tableta de alto rendimiento de 10 pulgadas 4G LTE, Tablet PC con Wi-Fi certificado de Google, 64GB ROM 128GB Expand, Cámara dual, Wi-Fi 4G, 8000 mAh, GPS Impresora Color Epson Workforce Pro Wf-6090 Duplex Wifi	180000
Total 1º Año		\$447.500

Presupuesto del Segundo año de ejecución



	Rubro	Descripción	Monto
1	Bienes de consumo	PACK Cuadernos universitarios, Caja X 50 Lapicera / Filgo Stick 026 Azul, Cartuchos de impresión a color, Resma de papel, Bibliorato Esquela Carton Gris 1ºcalidad X 10unidades, fotocopias	20000
2	Servicios no personales	----- -----	-----
3	Servicios técnicos y profesionales	----- -----	-----
4	Servicios comerciales y financieros	Imprenta	15000
5	Pasajes y viáticos	Viajes y viáticos relacionados con el proyecto	52.500
6	Bienes de uso	Bibliografía	15000
7	Equipamiento	Notebook Lenovo V-Series V15-G2-ITL iron gray 15.6", Intel Core i7 1165G7 8GB de RAM 1TB HDD, Intel Iris Xe Graphics G7 96EUs 1920x1080px	250000
Total 2º Año			\$352.500

Rubros

1. Bienes de consumo: insumos de laboratorio, útiles de oficina, librería, fotocopias, etc.
2. Servicios no personales: alquiler de equipos y mantenimiento, etc.
3. Servicios técnicos y profesionales: traducciones, desgrabaciones, data-entry, etc.
4. Servicios comerciales y financieros: imprenta, internet, transporte y almacenamiento, etc.
5. Pasajes y viáticos en ámbito nacional, inscripciones a congresos nacionales o internacionales.
6. Bienes de uso: libros, revistas, programas de computación, etc.
7. Equipamiento

20. Referencias bibliográficas

(Consigne la bibliografía utilizada para la formulación del Proyecto)

Amaral, L. Sincretismo em movimento: o estilo Nova Era de lidar como o Sagrado. En: *A Nova Era no Mercosul*, M. Carozzi (comp.). Petrópolis: Vozes. 1999.

Atkinson, P. From honey to Vinegar: Levi-Strauss in Vermont. En: P. Morley y Wallis, R. (Eds.). *Culture and curing*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press. 1979.



Bianchetti, M.C. "Daño, ojeo y brujería en el Valle Calchaquí". *Terceras Jornadas Nacionales de Folklore*. Buenos Aires: Prensa del Ministerio de Educación. 1994.

Carozzi, M. J. *Nueva Era y Terapias Alternativas. Construyendo significados en el discurso y la interacción*. Buenos Aires: Ediciones de la Universidad Católica Argentina. 2001.

Coreil, J. Group interview methods in community health research. *Medical Anthropology*, 16 (3). 1995.

Csordas, T. *Embodiment and Experience: Existential Ground of Culture and Self*. Cambridge: Cambridge University Press. 1994.

Denzin, N. K. y Lincoln, Y. S.: "*Introduction: Entering the Field of Qualitative Research*" y "*The Fifth Moment*" en Denzin, N. K. y Lincoln, Y. S. (eds.): "*Handbook of Qualitative Research*", California, Sage Publications. 1994.

Disderi, I. "La cura del ojeo: Ritual y Terapia en las representaciones de los campesinos del centro-oeste de Santa Fe". *Mitológicas XVI*. 2001.

Douglas, M. *Estilos de Pensar*. Barcelona: Gedisa. 1998.

Foster, G. *Hipocrates Latin American Legacy. Humoral Medicine in The New World*. Nueva York: Gordon and Breach Science Publisher. 1994.

Frigerio, A. "Umbanda e Africanismo en Buenos Aires: duas etapas no mesmo caminho religioso." *Comunicações do ISER* 35. 1989.

Gómez García, Pedro "Teorías étnicas y etnológicas sobre la terapéutica popular". En: González Alcantud y Rodríguez Becerra, editores. *Creer y Curar la Medicina Popular*. . Biblioteca de Etnología. Diputación Provincial de Granada: Granada. 1996.

González de Fauve, M. S. Dos enfoques en el arte de curar: medicina científica y creencias populares (España, siglos XIV al XVI) En: *Creer y curar la Medicina Popular*. González Alcantud y Rodríguez Becerra editores. Biblioteca de Etnología. Diputación Provincial de Granada: Granada. 1996.

Good, B. A body in Pain. The Making of a World of Chronic Pain, En Pain as a human experience: An Anthropological Perspective. M.J. del Vecchio et al comp. Berkeley: University of Berkeley Press. 1992.

-----The heart of what's the matter: The semantics of illness in Iran. *Culture, Medicine and Psychiatry*, I. 1977.

Griaule, M.: *El método de la etnografía*. Buenos Aires: Nova. 1969.

Hammersley, M. y Atkinson, P. "Etnografía", Cap. 1, 7, Buenos Aires, Paidós. 1994.

Herzlich, C. (1974) *Médecine, maladie et société*, París: Mouton.



Idoyaga Molina, A. La selección y combinación de medicinas entre la población campesina de San Juan (Argentina). *Scripta Ethnologica*, XXI. 1999.

-----Lo sagrado en las terapias de las medicinas tradicionales del NOA y Cuyo *Scripta Ethnologica*, XXIII.2001a.

-----Etiologías, síntomas y eficacia terapéutica. El proceso diagnóstico de la enfermedad en el Noroeste argentino y Cuyo. *Mitológicas*, XVI.2001b.

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

-----"Itinerarios de complementariedad terapéutica en la Argentina: medicinas religiosas, medicinas alternativas, medicinas tradicionales, autotratamiento y biomedicina". II Simposio Internacional sobre Religiones, Religiosidades y Culturas. UFGD/UFMS. 23 al 26 de Abril de 2006. Dourados/MS – Brasil. Edición digital.

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

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

Krause, C. Símbolo y procedimiento ritual en dos ceremonias vigentes entre los campesinos de San Juan. *Scripta Ethnologica*, XXII. 2000.

Merleau Ponty, M. *La Fenomenología y las Ciencias del Hombre*. Buenos Aires: Biblioteca NOVA de Psicología. 1945.

O'Connor, Boni Blair. *Healing traditions. Alternative Medicine and the Health Professions*. Publications of the American Folklore Society. University Pennsylvania Press. Philadelphia, 2003.

Palma, N. *La medicina popular en el noroeste argentino*. Buenos Aires. Ediciones Huemul. 1978.

Pérez de Nucci, A. *La medicina tradicional del Noroeste Argentino: Historia y presente*. Buenos Aires: Ediciones del Sol. 1988.

Pérez de Nucci, A. *Magia y Chamanismo en la Medicina Popular del Noroeste Argentino*. San Miguel de Tucumán: Editorial Universitaria de Tucumán. 1989.

Robson, C. *Real World Research. A Resource for Social Scientists and Practitioner-Researchers*. Oxford: Blackwell, 2002.

Schütz, A. *Fenomenología del mundo social*. Buenos Aires: Paidós. 1972.

Soneira, A. J: "¿Quiénes son los carismáticos?" en *Sociedad y Religión, Sociología, antropología e Historia de la religión en el cono Sur*. Número 18/19, CONICET, 1999.



Universidad Nacional del Oeste

Taussig, M. Shamanism, Colonialism and The Wild Man. Chicago y Londres: The University of Chicago Press. 1987.

Taylor S.J. y R. Bodgan. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós. 1996.

Velasco, H. y Díaz de Rada, A.: "*La lógica de la investigación etnográfica*", 1ra. parte: Capacitación, Cap. 2, Madrid, Trotta. 1997.

World Health Organization. *WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005*. Geneva: World Health Organization. 2002.