

30 AÑOS DE CIRUGÍA EN LA AMAZONÍA ECUATORIANA

Las Experiencias del Dr. Manuel Amunárriz y la Medicina Intercultural¹

Michael Knipper, Verena Dannhardt
Universidad de Giessen
Alemania

Introducción

Desde 1970 y con pocas interrupciones, el médico y Franciscano capuchino español Dr. Manuel Amunárriz Urrutia (*1931) dirige el Hospital fisco-misional *Franklin Tello* en la localidad de Nuevo Rocafuerte en el nororiente amazónico del Ecuador. La gran mayoría de los pacientes atendidos en el hospital han sido siempre – y son hasta hoy – indígenas de diferentes grupos étnicos de la Amazonía tanto del Ecuador como del país vecino, el Perú. El médico y sacerdote Manuel Amunárriz acumula, por lo tanto, más de treinta años de experiencia – y de experiencias concretas vividas directamente – con la práctica médica en una zona de población mayoritariamente indígena. Procedimientos quirúrgicos han representado siempre una parte importante del servicio médico brindado en el hospital de Nuevo Rocafuerte. El motivo del presente capítulo es, por ende, recoger y sistematizar la extraordinaria experiencia del doctor Manuel Amunárriz para enriquecer los debates actuales acerca de estrategias interculturales en salud en general, y en el campo quirúrgico en especial.

El texto se basa, principalmente, en varias entrevistas realizadas en los meses de julio a septiembre del año 2009. Éstas han sido complementadas, además, por los conocimientos obtenidos por uno de los autores (MK) en una serie de trabajos médicos y antropológicos en la zona de Nuevo Rocafuerte desde 1992, año en el cual por primera vez encontró a Manuel Amunárriz en el Hospital *Franklin Tello*.² Finalmente, las reflexiones de carácter teórico que se presentarán en este texto proceden del diálogo que se emprendió entre los autores y Manuel Amunárriz, y en el cual antropología, historia y ética emergieron como perspectivas imprescindibles para profundizar el análisis y sacar conclusiones de carácter más general. Sin embargo, antes de entrar en el tema específico, es preciso ofrecer algunos detalles acerca del protagonista, Dr. Manuel Amunárriz, y el hospital de Nuevo Rocafuerte.

Manuel Amunárriz y el Hospital “Franklin Tello” de Nuevo Rocafuerte

El sacerdote y médico Dr. Manuel Amunárriz nace en el País Vasco en España. Ingresa en la Orden de los Franciscanos Capuchinos en 1950 y es ordenado sacerdote en 1954. En 1958 inicia sus estudios universitarios en la Universidad Complutense de Madrid, donde se gradúa en Ciencias Biológicas en 1963. El título de médico lo obtiene en la Universidad de Navarra en 1965. El año 1969, realiza estudios de Medicina Tropical en Amberes (Bélgica) para llegar a Nuevo Rocafuerte en 1970, donde el Vicariato Apostólico de Aguarico, fundado por Capuchinos de Navarra en 1955, había asumido

la dirección y administración del *Hospital Franklin Tello* desde 1965, realizando en él reformas importantes a partir de 1968.

El pueblo de Nuevo Rocafuerte está localizado en el extremo nororiente de la cuenca amazónica del Ecuador, a la orilla sur del río Napo. A pocos kilómetros río abajo, ese contribuyente mayor del alto Amazonas cruza la frontera con el Perú. En dirección contraria, a unos 300 kilómetros río arriba, se llega a la capital de la Provincia Orellana, Puerto Francisco de Orellana (llamada también Coca), la cual es la ciudad más cercana y centro de la industria petrolera de la región. La región está escasamente poblada hasta hoy y sus habitantes son mayoritariamente indígenas de varios grupos étnicos (sobre todo Kichwa Naporuna, además Huaorani, Siona Secoya, Cofán y Shuar). Sin embargo, en el mismo pueblo de Nuevo Rocafuerte la mayoría de los habitantes son mestizos, algunos de ellos establecidos aquí desde muchas generaciones. Hasta hoy, el número total de habitantes del pueblo no pasa de los 520. No sorprende que la mayoría de los pacientes atendidos en el hospital de Nuevo Rocafuerte pertenece a la población indígena de las comunidades alrededores, que a veces llegan de distancias mayores de 200 kilómetros por río para hacerse atender.³

A los ojos del visitante, el hospital se presenta como un centro médico pequeño pero dotado con lo esencial para brindar una atención médica seria y ofrecer a los pacientes una capacidad resolutive considerable. Dispone de equipos de rayos X y de ecografía, de una sala de partos, un quirófano, y recientemente se ha abierto una unidad de cuidados intensivos. Un laboratorio bioquímico y microbiológico potente reflejan, además, la gran pasión de Manuel Amunárriz por la medicina tropical.⁴ La construcción abierta y bien ventilada, que se compone de varios pabellones comunicados por pasillos de hormigón cubiertos contra las lluvias a veces torrenciales, se adapta perfectamente al clima tropical. Sin embargo, a excepción de algunos objetos de artesanía local, elementos o símbolos culturales de las poblaciones indígenas de la región están casi ausentes. El hospital es una institución de la medicina occidental a carta cabal en el corazón de la Amazonía.

Desde 2006, sirve además como centro de enseñanza médica (medicina tropical y comunitaria) de la Facultad de Ciencias de la Salud “Eugenio Espejo” de la Universidad Tecnológica Equinoccial (UTE) del Ecuador en Quito.

Cirugía y pacientes indígenas en Nuevo Rocafuerte, 1970-2009

A continuación, se presenta el resumen de las entrevistas con Manuel Amunárriz que se realizaron a propósito de este artículo.⁵ Para una mejor distinción, las respuestas de Dr. Manuel Amunárriz están en *cursiva*.

[Pregunta] Dr. Manuel Amunárriz, ¿qué experiencia ha tenido en el ejercicio de la cirugía con pacientes indígenas? ¿Cree Ud. que hay rechazo de parte de pacientes y familiares indígenas frente a la medicina occidental y la cirugía?

[Respuesta] *Conozco estas discusiones. Pero yo creo, personalmente, que en este campo teorizamos demasiado sobre la incompatibilidad entre la medicina occidental y la cultura indígena. Hay que pensar más bien en las actividades previas: el trato bueno y respetuoso a la gente y el buen servicio. La gente reacciona según el trato que les damos. Si hay respeto, reaccionan de la misma manera. Eso es lo más fundamental, lo que no debe pasarse por alto.*

A lo largo de todos los años que llevo trabajando aquí en Nuevo Rocafuerte, a mí nunca se me ha planteado el problema cultural. Nunca he tenido problemas de este tipo a pesar de haber tratado y operado a un gran número de pacientes indígenas. Se me han presentado, por ejemplo, muchas emergencias que precisaban intervenciones quirúrgicas. Eran pacientes con traumatismos y fracturas o mujeres con complicaciones de parto. Me acuerdo muy bien, por ejemplo, de un hombre de la etnia Huaorani, un grupo que vive todavía muy aisladamente en las cabeceras del río Yasuní. Se trataba de uno de los líderes del grupo y sufría

de una hernia inguinal encarcerada con necesidad urgente de operarla. Llegó al hospital en un helicóptero de la compañía petrolera que trabajaba en la zona de las cabeceras del río Yasuní y que para aquellas fechas ya había establecido contactos importantes con el grupo huaorani ubicado en esta región. Tuvimos que programar con cierta urgencia una intervención quirúrgica y me llamó mucho la atención la naturalidad y la confianza que manifestó el enfermo en todos los momentos. Sin embargo, no fue tampoco la primera vez que nos veíamos. Para entonces yo había visitado muchas veces ya su comunidad y conocí a todos los miembros del grupo. Además, ya había hospitalizado a algunos de ellos para intervenciones quirúrgicas, familiares del paciente, en al menos dos ocasiones: En una ocasión fue para recomponer estéticamente un pabellón auricular lacerado por los adornos tradicionales con las cuales suelen perforar los lóbulos de sus orejas (discos de madera, por ejemplo), y en la otra para drenar un gran absceso inguinal. Una chica joven del mismo grupo incluso vivió varios meses dentro del hospital por causa de una tuberculosis. No hablaba casi castellano, pero una de nuestras enfermeras colombianas, la hermana Laura, que sabe hablar la lengua Huaorani, se comunicaba con facilidad con la enferma. Y cuando llegaban los familiares a visitar se hospedaron en una casa de huéspedes de la misión, porque no tenían otro lugar para quedarse en el pueblo.

Creo, sin embargo, que el problema de fondo es más complejo y que además hay que distinguir la cirugía y las emergencias de otras enfermedades y situaciones terapéuticas. Por un lado, he visto una gran apertura para aceptar procedimientos médicos occidentales en situaciones de emergencia. Además, en el mundo quirúrgico tenemos la ventaja de que nuestro concepto de enfermedad es “corporal” en el sentido de que en muchos casos el problema del cuerpo es claramente visible. Una fractura, un corte por machete o una hemorragia postparto son manifestaciones objetivas de enfermedad. Y la intervención quirúrgica tiene resultados de inmediato e igualmente visibles. Algo parecido ocurre con muchas enfermedades tropicales donde se puede identificar y hasta ver el agente causante, por ejemplo el parásito en el caso de la Malaria (*Plasmodium*) o los huevos del parásito en el esputo del enfermo por Paragonimiasis.⁶ Y con la bacteria o el parásito se identifica claramente el blanco preciso de la actividad terapéutica. Por eso siempre cuando la ocasión se presenta les muestro en el microscopio los parásitos que causan la enfermedad. Más difícil es la situación en enfermedades con patologías del área de la medicina interna, que a veces son muy complejas, y sobre todo en enfermedades crónicas y mentales.

Pero bien, cuando estamos con pacientes indígenas, el tema de los conceptos de enfermedad y salud tiene también esa otra dimensión, que es la diferencia fundamental entre los pensamientos de la medicina científica – basada en la biología y las demás ciencias naturales – y los conceptos de magia, por decirlo así, que atribuyen la enfermedad a la maldad y la chonta pala mandada por un yachac.⁷ Yo tengo la impresión de que la gente está preguntándose frecuentemente cuál de ambas visiones está más cerca de la verdad.

Me acuerdo, por ejemplo, del caso de un paciente de la nacionalidad Naporuna, Don Ignacio.⁸ Era un hombre muy conocido y uno de los líderes más experimentados de las comunidades Kichwa. Pero resulta que durante una minga (trabajo comunitario) en su comunidad le surgió un problema grave con un yachac. Discutían fuertemente y al final el yachac le amenazó con mandarle una maldad. Al día siguiente, Ignacio de hecho se puso bastante mal, con un dolor insoportable en el pecho izquierdo y en la espalda, acompañado por un malestar general y fiebre fuerte. Lo primero que pensó fue que el yachac le hubiese hecho lo que el día anterior le había anunciado. Así me lo contó después. Por lo tanto fue a hacerse ver por otro yachac, que vivía un poco más abajo de Pañacocha, casi a la mitad de camino entre Coca y Nuevo Rocafuerte por el río Napo. Ese le examinó y tomó su Ayahuasca pero no logró curarle.⁹ Dijo que el otro le había clavado dos cachos de venado en la espalda y que éstos eran lo que le hicieron estar tan mal. Y que además fuesen tan fuertemente puestos que él no fuese capaz de removerlos. Como el estado de Ignacio empeoró, sus familiares decidieron ir al hospital para ver lo que podía hacer un médico. Lograron conseguir una canoa a motor y gasolina suficiente para llevarle los 120 kilómetros a Nuevo Rocafuerte. Así, Ignacio llegó al hospital muy nervioso, diciendo que se encontraba fatal y que no sabía qué le estaba pasando. Examiné el bulto y desde mi punto de vista, tenía el aspecto de un proceso inflamatorio. También los parámetros hematológicos (con 20.000 leucocitos y una velocidad de sedimentación muy acelerada) confirmaron sin duda alguna un cuadro infeccioso agudo según el entendimiento médico occidental. Al día siguiente, la piel a nivel de la escápula

izquierda se puso tensa y parecía que existía una colección líquida. Una punción permitió localizar una bolsa de pus amarillo verdoso. Un drenaje quirúrgico en la misma región confirmó la existencia de un enorme absceso. Con este tratamiento y antibióticos, Ignacio se recuperó poco a poco. Pasando algunos días, el paciente se encontraba sin fiebre y sin pus en la cavidad drenada. Finalmente, se curó por completo. Sin embargo, la explicación infecciosa de su enfermedad le dejó con dudas. ¿Qué fue lo que de verdad le había ocurrido? Cuando luego conversábamos, Ignacio reflexionó que el dolor y la amenaza del yachac le hacían pensar “como pensamos siempre nosotros”, es decir, que la enfermedad surgió por la actividad de alguien que no le quería y que por eso le había metido el mal en forma de dos cachos de venado en la espalda. Es la coexistencia de esos dos conceptos muy diferentes de enfermedad – lo orgánico y lo mágico, por decirlo así – que es el continuo interrogante también para los mismos indígenas. Con eso hay que vivir aquí. Y la misma gente a veces rechaza a los yachac por tanto mandar maldades, les tiene desconfianza y en ocasiones los matan de verdad. Hubo varios casos de yachac que han sido asesinados porque la gente les acusaba de mandar maldades para matar o hacer enfermar a la gente.

[P] Por mucho tiempo, la gran mayoría de los médicos occidentales pensaba que con la presencia de la medicina moderna los conceptos y prácticas tradicionales iban a perecer. Pero ahora vemos que la situación es diferente y que hay una convivencia de concepciones acerca de salud y enfermedad que a primera vista parecen ser contradictorias y mutuamente excluyentes. El ejemplo de Don Ignacio y de sus familiares, que decidieron ir al hospital a pesar de saber que la enfermedad fue causada por una maldad, lo demuestra de manera impresionante. Incluso las dudas y la desconfianza respecto a algunos yachac reafirman este hecho, porque comprueban la importancia que tienen estas concepciones en la vida de la gente. ¿Cómo se puede vivir como médico con esta situación, sobre todo como un médico que se identifica plenamente y por convencimiento con las ciencias naturales y la medicina occidental?

[R] *Una actitud fundamental es respetar la decisión del paciente y de su familia y la opción que ellos deciden tomar. Y al mismo tiempo expresar, si la ocasión te ofrece una oportunidad, la manera personal de entender el problema que padece el enfermo. Este proceso repetido una y otra vez permite a los habitantes de la región establecer un discernimiento personal que les ayude a progresar en el conocimiento de las causas y procesos patológicos y un acercamiento progresivo a la realidad que marcan los procesos biológicos humanos. Un tema íntimamente ligado con este interrogante es, además, la relación que se establece entre yachac y médicos occidentales. Esta relación requiere tiempo y una actitud fundamental de respeto mutuo. Yo considero que el nivel de relación está en la base del aprecio mutuo y presupone una actitud fundamental de valoración positiva de las personas que ejercen la medicina indígena tradicional. Yo he tenido pacientes que primero han estado conmigo y después han sido llevados para que el yachac los trate. En otras ocasiones fueron primero al yachac y posteriormente vinieron al hospital.*

[P] ¿Entonces, la orientación exclusiva y explícitamente “occidental” del hospital no excluye la cooperación con los yachac?

[R] *Así es. Es una de mis más íntimas satisfacciones comprobar que mis relaciones con los yachac de la región han sido excelentes. Algunos de ellos han sido hospitalizados y tratados en nuestro hospital, naturalmente por patologías que ellos llamarían patologías del cuerpo. En algunas otras ocasiones me han llamado para atender en sus propias casas a familiares cercanos a ellos mismos. Creen que el médico occidental, en mi caso, tiene su propia sabiduría y su territorio de acción y en éste se fían de él y confían en él. He tenido pacientes que han sido enviados por los mismos yachac para que el doctor del hospital complete el tratamiento.*

[P] En torno a los esfuerzos actuales para desarrollar estrategias interculturales en salud, una de las propuestas más ambiciosas es la inclusión de agentes de los que ejercen la llamada “medicina tradicional” dentro de las instituciones sanitarias. En Riobamba, por ejemplo, existe un hospital que además de ofrecer servicios de medicina occidental y odontología tiene un área de medicina tradicional (con yachac y parteras tradicionales) y un área de medicina alternativa y complementaria (homeopatía, osteopatía etc.).¹⁰ ¿Qué opina Usted de la idea de mejorar la atención médica para poblaciones indígenas a través de la inclusión de agentes de la medicina tradicional en las instituciones sanitarias? ¿Hubiera

sido útil, por ejemplo, tener a un yachac dentro del hospital de Nuevo Rocafuerte para atender a los pacientes indígenas?

[R] *Yo considero que la persona tiene que ser sincera y consecuente con sus propios conocimientos y como médico no debe dar pie a una confusión en la mente de los pacientes. Aún admitiendo que en ocasiones los conocimientos de los yachac son muy importantes, su concepción de la enfermedad parte de una base mágica, que permite interpretar la enfermedad desde un nivel diferente de conocimientos de la realidad del universo y de la persona humana. En conjunto con grandes sabidurías hay enormes ignorancias interpretativas y, lo que es un aspecto fundamental, la admisión de un poder activo de la persona para hacer el mal a sus semejantes. La medicina occidental, si bien ha permitido hasta hoy importantes lagunas en sus conocimientos y acciones, ha penetrado en niveles más profundos de la realidad humana. Nosotros no debemos crear una imagen falsa ante los pacientes de que ambas concepciones tienen el mismo nivel de validez. Ayudamos, si somos honestos, en la interpretación de la enfermedad y en los métodos terapéuticos que creemos deben emplearse. Al mismo tiempo debemos dejar a la decisión de cada cual escoger el camino de su curación. Pero todo esto se entorpece si en el mismo centro de salud se alternan concepciones muy diversas de la enfermedad y métodos que nacen de ambas concepciones.*

Además, hay que distinguir también dentro de las prácticas tradicionales. No tenemos problemas, por ejemplo, cuando desean aventar a un paciente con hojas aromáticas.¹¹ Un grupo de unas pocas personas ventila con manojos de hojas encima del enfermo que se supone que sufre por un mal viento o un mal aire. Lo sabe hacer mucha gente y no se precisa tampoco de un yachac. Es una práctica muy común y ya me lo han hecho incluso a mi cuando estaba de visita en una comuna y me encontré mal. Es agradable aunque no puedo, desde mi punto de vista, determinar un efecto terapéutico concreto. Tampoco tenemos problemas, como ya dije, en colaborar con los yachac fuera del hospital. Muy al contrario, y me parece que la gente lo sabe. Respetamos su decisión cuando desean hacerse ver por un yachac y no ha habido mayores problemas hasta ahora en coordinarlo. Sin embargo, lo que no se debe permitir es que dentro del hospital se aplique prácticas que afirman una explicación mágica de la enfermedad y sobre todo que una enfermedad es una maldad causada por otra persona a través, por ejemplo, una chonta pala. Eso no se debe permitir, porque aceptaríamos que se declare culpable de una enfermedad o hasta de la muerte de un paciente a otra persona o una familia entera que a lo mejor ni sabe de ello y que de repente se ve implicada en un conflicto terrible.

[P] ¿Y en el hospital el yachac de repente formaría parte en uno de estos conflictos...?

[R] *Tal vez podría hasta llegar a este extremo. Por eso es necesario mantener una posición clara. Fuera del hospital hay que respetar a los yachac porque forman parte importante de la vida de la población. Pero dentro del hospital el yachac no debe tener cabida. Tienen lados positivos y negativos. No se debe tampoco romantizar el mundo y la cultura indígena. No todo es bueno dentro de la cultura indígena, tal como ocurre en la cultura occidental.*

[P] ¿Pero no sería posible incluir en los servicios del hospital los aspectos positivos de la sabiduría y de las prácticas de los yachac? ¿No sería esto también una manera para promover los aspectos positivos y útiles de la medicina tradicional, tal como lo pretende, por ejemplo, la política oficial de la Organización Mundial de la Salud respecto a las medicinas tradicionales, alternativas y complementarias?¹². En los centros donde shamanes y curanderos tradicionales como los yachac ya están institucionalmente integrados, o que por lo menos oficialmente no ejercen prácticas maléficas sino ofrecen diagnósticos y tratamientos orientados exclusivamente hacia la curación de los pacientes.

[R] *Eso no se puede distinguir. Lo técnico no es lo esencial de un yachac y de su sabiduría. Lo fundamental es que el diagnóstico se realiza a través de tomar la ayahuasca para determinar la causa de la enfermedad o la muerte, y quién ha realizado la acción maléfica que ha provocado esta enfermedad. Esta concepción de la salud y la enfermedad supone en ocasiones un elemento disgregador de la armonía comunitaria.*

[P] Otro tema muy importante es la atención al parto. En el hospital de Nuevo Rocafuerte hay una sala de partos y Ud. antes ya ha mencionado que entre las emergencias atendidas que exigían procedimientos quirúrgicos, muchos han sido complicaciones de parto. ¿Cómo es la atención al parto en el

hospital de Nuevo Rocafuerte? ¿Practican el parto vertical, que es conocido como la forma tradicional de las mujeres indígenas para dar a luz en el entorno familiar y que además es promovido actualmente como elemento importante de la medicina intercultural?

[R] *Debido a la escasa densidad poblacional y las distancias, el porcentaje de partos en el hospital no es muy grande. Normalmente, las mujeres dan a luz en sus casas, asistidas por familiares. Además, en algunas áreas de esta amplia zona amazónica existen parteros o parteras de fama que atienden la mayoría de los partos de la región. En mi mente quedaron gravadas dos personas relacionadas con este tema. Una es una señora de una comuna en el río Aguarico, con la que conversaba en uno de mis viajes mientras atendía a una joven que iba a dar a luz. Me dijo que nunca había conocido un problema de parto imposible por presentación transversa y mano visible, y comentábamos la urgencia que este cuadro ofrece con la necesidad ineludible de una cesárea urgente. Esa misma noche me llamaban de urgencia porque exactamente eso era lo que estaba ocurriendo con la parturienta. Tuvimos que organizar una evacuación en plena noche hasta la ciudad de Lago Agrio y se llegó a tiempo para una cesárea que salvó a la madre y al niño. El otro caso ocurrió en Yuturi, con un parto de nalgas y enclavamiento de cabeza en pubis que fue magistralmente resuelto por un partero mestizo de Pañacocha, ante la mirada sorprendida de un médico alemán que visitaba la casa donde ocurría ese grave problema obstétrico.*

Hoy en día existe un número importante de mujeres jóvenes indígenas que vienen a nuestro hospital para sus controles periódicos de embarazo y para el parto. Muchas mujeres también realizan planificación familiar y aceptan el parto asistido. No hacemos parto en posición vertical en nuestro hospital. Excepcionalmente se dan pequeñas resistencias, aunque como suelo explicar a las mujeres el sentido de la posición horizontal, en general no hay problemas. Les explico que es para poder intervenir mejor cuando haya necesidad. Y ya hemos tenido a lo largo de todo el tiempo de mi estancia en Nuevo Rocafuerte varios casos de complicaciones muy graves, de partos distócicos que han requerido intervenciones urgentes como cesáreas, histerectomías por rupturas uterinas o por hemorragias post partum incoercibles.

El tema del parto vertical, sin embargo, lo veo como un punto muy politizado. Hoy, la sociedad política está tratando de conseguir aceptación en el mundo indígena y presentan muchas cosas de las cuales yo creo que ni ellos están muy convencidos, para conquistarles. Lo importante es ofrecer una práctica médica respetuosa con la gente y de calidad, y no depende tanto de la una u otra técnica asistencial específica.

[P] A primera vista, la situación de la atención médica brindada en el hospital de Nuevo Rocafuerte a pacientes indígenas parece contradictoria. Por un lado, es un hospital completamente comprometido con la medicina occidental, donde lo que hoy en día se entiende como aspectos importantes de la cultura indígena en el área de la salud (como la presencia de agentes o prácticas tradicionales) está completamente ausente. A parte de la colaboración con el proyecto local de medicina comunitaria de la Asociación de Promotores de Salud Naporuna *Sandy Yura*, no hay ningún acercamiento explícito a la cultura de los diversos grupos indígenas locales. Por el otro lado vemos, sin embargo, la gran aceptación del hospital entre la población indígena. ¿A qué se debe, desde su punto de vista, esta situación?

[R] *Hay dos factores que podrían explicar esta aceptación. El primer punto es que llevamos mucho tiempo aquí y en las comunidades indígenas me conocen. Saben que yo formo parte del entorno real y que respeto este mundo amazónico. Me han visto visitarles en sus casas, atenderles en sus problemas, compartir sus alegrías y sus sufrimientos. Creo que se nota que en este mundo me encuentro a gusto y formo parte de él, aunque procedo de otro y tengo como humano mis limitaciones: hablo muy poco su lengua, por ejemplo, y no soy capaz de tomar grandes cantidades de su chicha, pero perciben el afecto y el aprecio. Lo mismo es el caso de las hermanas que llevan el servicio de enfermería del hospital. Vivimos aquí desde muchos años y conocemos personalmente a todas las comunidades y a todas las familias y personas de la ribera. Generalmente sabemos quien es cuando un paciente llega a la consulta, sabemos de dónde es, conocemos su nombre o al menos el de su familia y muchas veces las historias anteriores de él o de los suyos. A pesar de llevar el hospital según las normas de la medicina occidental tenemos una relación cultural muy estrecha con la gente de la ribera. Por otra parte, el mundo indígena actual participa – para bien y para mal – de un hondo proceso de intercambio cultural y una adaptación a un mundo procedente de otras zonas del Ecuador:*

existe un proceso profundo de cambio socio-cultural y un aprendizaje de adaptación a estos cambios. Su mente es flexible y capaz de valorar algunos aspectos positivos que tiene la medicina occidental, mientras se interrogan si todo lo que ofrece el mundo de la medicina tradicional es oro de ley. En definitiva, la cercanía humana permite sobrepasar muchas fronteras.

[P] ¿Podría decirse que en el hospital de Nuevo Rocafuerte, donde oficialmente la cultura indígena está más bien ausente, ésta sí tiene espacio para ser vivida por la gente? Es decir, ¿que la gente – pacientes y familiares – aceptan el hospital entre otras cosas porque saben que pueden seguir viviendo su vida “normal” de indígenas y que no tienen que prescindir de aspectos esenciales como son, por ejemplo, la relación con la familia y con su ambiente social, hablar su idioma y comer una comida apreciada? El mismo hospital es muy diferente al mundo indígena, pero parece que lo deja entrar según las necesidades y prioridades individuales de cada paciente. ¿Qué opina de ese punto?

[R] *Creo que lo que se afirma en la pregunta es cierto: el mundo indígena no se encuentra tenso en nuestro mundo interno hospitalario. Nos gusta mantener los criterios que dirigen el hospital, al mismo tiempo que intentamos acomodarnos a circunstancias especiales que surgen en casos concretos. Para que los pacientes se sientan en su entorno habitual ofrecemos, por ejemplo, que un familiar se quede con él en la clínica como acompañante. El resto de las personas o quienes vienen de lejos si necesitan se hospedan en casas de personas conocidas de la población o de las comunidades indígenas cercanas. Es evidente, además, que pueden seguir hablando su lengua materna y siempre cuando haga falta hay interlocutores para que expliquen a aquellos pacientes con dificultad de entender el castellano lo que sucede y lo que tienen que saber con respeto a su enfermedad. Así la vida “normal” puede ser vivida bajo de las circunstancias extraordinarias del hospital y también adaptada a la medicina occidental. Sabiendo, por ejemplo, que en la cultura indígena es muy importante morir en su propia casa, apoyamos a los pacientes y a sus familiares en esta decisión. No tenemos tampoco problemas para utilizar nuestra ambulancia, un deslizador potente, y llevar a los pacientes terminales a su casa. Y si desean llevar al paciente al yachac, les damos total libertad para que ellos mismos lo decidan.*

Estoy recordando la llegada de una mujer shuar, en fase terminal, tras recorrer durante meses varios centros de terapias indígenas, siempre interpretada su patología como una acción maléfica que superaba el poder de los yachac y que había hecho gastar grandes sumas de dinero a la familia. La baciloscopia mostraba enormes cantidades de bacilos de Koch, el germen causante de la Tuberculosis, y la paciente fallecía a las pocas horas. Dejé mi papel de médico y me convertí en la persona que tomó la lancha rápida del hospital, viajamos directos a Coca con el cadáver de la señora y su marido, y de allí en una furgoneta a la comunidad de la vía Aucas donde vivía la familia de la mujer fallecida para que la velaran y enterraran entre los suyos.

A veces, manejar todo este mundo cultural se convierte en un arte lleno de matices, que solo la larga permanencia ayuda a poderlo realizar. Esta red de relaciones sociales llega hasta Quito mismo si hay que trasladar un paciente hasta la capital. Muchas veces la distancia es un gran problema para los familiares y la infraestructura les ayuda en los procesos difíciles. Existe una casa de enfermos del Vicariato, donde se les recibe a bajo costo y se les ayude en las gestiones hospitalarias. Mientras se realizan estos largos procesos los contactos con las familias se estrechan y unos y otros aprendemos el delicado arte de las relaciones interculturales.

[P] Para establecer esta relación cultural estrecha, ¿que influencia tiene el que usted además de médico sea sacerdote?

[R] *Yo creo que los pacientes todavía me tienen mas confianza. Nunca me echaron en cara un fracaso quirúrgico. Algunas veces también los pacientes se me han quedado muertos en el quirófano, pero nunca se me ha culpado. Hemos sufrido juntos y hemos llorado juntos por estos pacientes. Son momentos difíciles y duros, pero unas relaciones cercanas y de aprecio mutuo ayudan a soportarlos en un clima de familia, sin recriminaciones mutuas.*

[P] Después de tres décadas trabajando con pacientes indígenas en la Amazonía, ¿ha cambiado su actitud frente a los aspectos culturales de salud y enfermedad, y las actitudes a veces difíciles de entender de los indígenas en caso de enfermedad?

[R] *Sí, porque existe una evolución en el proceso cultural de estos pueblos indígenas amazónicos, imparable, como consecuencia del proceso de globalización que también ocurre en nuestro mundo ecuatoriano. Participar en este proceso y ayudar a que se realice con el menor impacto traumático es una tarea difícil y hermosa, sujeta continuamente a errores, por otra parte inevitables. Además el aspecto personal: vivir un mundo nuevo y diferente es para uno mismo sumamente enriquecedor. Amplía los horizontes, enseña a distinguir entre lo esencial y lo accidental en el amplio campo de las realidades humanas, sociales y también éticas. Simplifica la vida y aprendes a ser feliz con pocas cosas. Qué duda cabe que quien escoge un tipo de vida entre pueblos culturalmente diferentes se aproxima a una enorme fuente de enriquecimiento humano y espiritual*

[P] Para terminar, nos gustaría preguntarle por factores favorables para que la medicina occidental en general, y la cirugía en particular, lleguen a los pacientes indígenas y para que sea aceptada. ¿Qué habría que hacer para mejorar la atención sanitaria en ese sentido? ¿Cuál es la lección de Nuevo Rocafuerte?

[R] *Es muy difícil dar una respuesta precisa a esta pregunta. Lo primero sería mejorar las infraestructuras de salud en puestos distantes; fortalecer los equipos humanos con estímulos adecuados que favorezcan la permanencia suficiente en el medio hasta llegar a poder valorarlo y establecer relaciones humanas de mutuo aprecio. Lograr eso ya significaría mejoras sustanciales. Aunque existe una tarea básica que habría que intensificar en la educación general de la población ecuatoriana, no solamente en el campo de la salud: aprender a reconocer el valor de la variabilidad en los grupos humanos, en las costumbres de los diversos pueblos y sus culturas y sobre todo a reconocer que cada persona por el hecho de serlo tiene un valor esencial, por encima de sus diferencias.*

A modo de conclusiones

Terminada la entrevista, es preciso proceder a reflexionar sobre el significado que tiene el testimonio del Dr. Manuel Amunárriz para los esfuerzos actuales de mejorar la atención sanitaria de poblaciones indígenas a través de estrategias interculturales. Dependerá de la perspectiva, del trasfondo de experiencias personales y de los intereses específicos de cada uno, qué punto (o qué puntos) entre todos los que en la entrevista han sido incitados le llama la mayor atención, y cómo lo evaluará – entre afirmación, entendimiento y tal vez rechazo de uno u otro argumento. Sin embargo, para sistematizar esta reflexión, presentamos algunas líneas de análisis que durante las entrevistas y la cooperación con Manuel Amunárriz emergieron y que serán presentadas aquí a modo de conclusiones por parte de los entrevistadores.

Las observaciones y argumentos del médico y sacerdote Dr. Manuel Amunárriz que se resumen en esta entrevista, se basan en una experiencia personal muy particular. Reflejan, primero, tres décadas de presencia activa y entregada al servicio médico y quirúrgico en una zona remota de la Amazonía del Ecuador. Ofrecen una riqueza de experiencias excepcional que concede a sus palabras un peso y una autoridad peculiar. Más aún, porque su juicio es independiente del vaivén de las diferentes políticas sanitarias que en las últimas décadas buscaban de una u otra manera adaptar los servicios sanitarios a las condiciones geográficas, socioculturales y económicas presentes en ésta región y en otras similares. Amunárriz llegó a Nuevo Rocafuerte antes del auge de la Atención Primaria en la década de la Declaración de Alma Ata (1978) y siguió cuando, por ejemplo, en 1980 un ambicioso proyecto de salud comunitario auspiciado por el gobierno alemán (occidental) quebró por un conflicto de trasfondo político entre los médicos extranjeros y el gobierno central. Vio y acompañó a cooperantes, médicos y

estudiantes nacionales y de muchos países y organizaciones, que llegaron con diversos proyectos, ideas y estrategias en su equipaje para tarde o temprano irse otra vez – uno de los autores de este texto incluido. Algunos regresaron, otros desaparecieron para siempre. Pero Manuel Amunárriz siguió en Nuevo Rocafuerte y a excepción de varios años después de 1994 se quedó atendiendo – y últimamente también enseñando a estudiantes y médicos rurales – en el Hospital Franklin Tello.

¿Qué significado puede tener, pues, esta experiencia muy particular del médico y además sacerdote Manuel Amunárriz para otros contextos? ¿Cuales pueden ser las conclusiones para instituciones por ejemplo estatales o para médicos y profesionales de salud seculares y que posiblemente no disponen de tanto tiempo y el mismo apoyo institucional como Manuel Amunárriz? ¿Cuáles pueden ser, finalmente, las lecciones para las reflexiones actuales acerca de la medicina intercultural en el Ecuador y a nivel internacional?

El primer punto que cabe mencionar se refiere a la estabilidad institucional como base fundamental para un trabajo médico adaptado al ambiente socio-cultural de una región como la cuenca del bajo río Napo en Ecuador. Es evidente que Manuel Amunárriz desarrolló sus actividades en un contexto privilegiado: Tenía el apoyo institucional duradero del Vicariato Apostólico de Aguarico, tanto para el hospital como para él. En cooperación con las instituciones públicas competentes (municipales, provinciales y nacionales), el compromiso sostenible del Vicariato con el hospital garantizó una estabilidad por décadas, la cual es imprescindible para crear y mantener relaciones sociales de confianza entre la población y el hospital con sus empleados. Conocer bien a la población y estrechar lazos con los habitantes y especialmente con los agentes de la “medicina tradicional” (por ejemplo con los yachac en el caso de los Naporuna), precisa de mucho tiempo, paciencia e interés sincero, más allá de lo exótico y del folclor.

Otra ventaja que resulta del apoyo institucional del Vicariato es el buen estado físico y el buen equipamiento del hospital, que le concede una gran capacidad resolutive. Este punto es igual de importante para pacientes y personal, para satisfacer las necesidades y prevenir frustraciones en ambos lados. Además, el Vicariato ha facilitado el vínculo institucional y simbólico con un gran proyecto regional de atención primaria de la salud, con médicos que vivían y trabajaban dentro de las comunidades de la ribera y que, como los doctores Javier Aznárez, Miguel San Sebastián e Isabel Goicoilea, dejaron constancia del compromiso de esta institución con los habitantes de esta zona. Finalmente, a través del Vicariato el hospital ha sido y está integrado en un sistema mayor de comunicación, transporte y asistencia. En caso de necesidad, los pacientes pueden ser transferidos a servicios médicos especializados del más alto nivel por ejemplo en Quito, facilitando el vicariato (con ayuda de instituciones afines como las ONGs de salud regionales Sandi Yura y FUSA con sede en Coca)¹³ tanto el acceso a los centros sanitarios indicados como asistencia logística para el transporte y el mantenimiento de la comunicación entre el paciente y sus familiares. Estos incluso pueden ser hospedados en una casa de enfermos y familiares en la capital. Resumiendo, el contexto institucional particular facilita las condiciones imprescindibles para que un hospital con servicio quirúrgico pueda ser integrado social y culturalmente en una región como el bajo río Napo ecuatoriano. Sin enfocar explícitamente aspectos particulares de las culturas indígenas de la zona, los factores institucionales aquí mencionados hacen posible que valores principales de la vida tradicional indígena puedan ser respetados: primero, el contacto personal y una relación social con los proveedores de los servicios sanitarios (entre ellos el médico) que no se limite a temas y ocasiones estrictamente profesionales; y segundo, la posibilidad de acompañar al familiar enfermo dentro del hospital e incluso en el caso extremo de la necesidad de una transferencia a un centro sanitario lejano, por ejemplo en la capital. Resulta que el hospital ya no es el sitio anónimo, cerrado y amenazante que se conoce de otros lugares, ya no es el temido “lugar donde la gente va a morir” (Fernández Juárez 2006). Sino, es una institución abierta en la cual la vida indígena no es ajena y que permite mantener los lazos sociales y familiares tan importantes para el bienestar y la buena vida (*alli kausay* en Kichwa), que son especialmente importante en caso de enfermedad y situaciones percibidas por pacientes y familiares como cercanos a la muerte. Si bien es verdad que en el caso concreto de Nuevo Rocafuerte la institución auspiciadora es la iglesia católica a través del Vicariato Apostólico de Aguarico, los mismos principios y la

misma estructura también podrían ser realizados por otras entidades, y en primer lugar, por las instituciones gubernamentales competentes.

El ejemplo de Manuel Amunárriz muestra que seguridad y apoyo institucional, tiempo, voluntad y respeto son requisitos básicos para realizar una práctica médica con comunidades indígenas, en la cual al final la cirugía es un procedimiento más. Sin embargo, hay factores más específicos, relacionados sobre todo con las concepciones, sabidurías y prácticas autóctonas acerca de la enfermedad humana. En la entrevista con Manuel Amunárriz, la diferencia sustancial entre la visión y los conocimientos propios del médico y los conceptos indígenas – y en especial de los yachac – ha quedado claramente demostrado. Existe un rechazo rotundo de colaboración dentro del ambiente hospitalario, por considerar aspectos sustanciales de la sabiduría de los yachac inaceptables. No se está dispuesto a aceptar un pensamiento que atribuye la enfermedad y hasta la muerte a la influencia mágica de parte de otros humanos, por razones tanto éticas como epistemológicas. El hospital opta, por lo tanto, por mantener una delimitación nítida entre el mundo de los yachac y la medicina occidental. No obstante es capaz de aceptar la importancia de tales concepciones y prácticas para sus pacientes y familiares, demostrando no solo respeto sino hasta apoyo activo a aquellos que desean consultar un yachac a continuación del tratamiento hospitalario. A pesar de reconocer las diferencias culturales abiertamente y de defender con rigor la perspectiva y los conocimientos médicos occidentales, en la práctica hay colaboración. Hay referencia y contrarreferencia de pacientes entre médico y yachac, y se constata que algunos yachac se hacen curar y operar dentro del hospital.¹⁴

Lo que pueda parecer una contradicción es parte de lo que tal vez es la clave de la experiencia del Hospital Franklin Tello y de su director, Manuel Amunárriz: No hay choque cultural, porque los aspectos culturales más importantes para la práctica sanitaria probablemente no son los conceptos teóricos acerca de salud y enfermedad o técnicas y procedimientos particulares de terapia, sino los valores sociales que definen si el encuentro y la relación establecida entre dos personas es considerado por cada una de ellas agradable o no, amenazante o no, si inspira confianza o si no lo hace. En lo que a los conceptos de enfermedad y la competencia específica de médicos, yachac y otros actores se refiere, parece que es muy acertado suponer junto con Manuel Amunárriz que cada uno tiene su propio terreno de acción: El cirujano no tiene acceso al mundo de los supay, de los malagris y de la chonta pala. Ningún médico será capaz de explicar a sus pacientes indígenas la última razón por la cual una enfermedad apareció y tal vez amenazó la vida de un ser querido. Al mismo tiempo, ningún yachac sabe eliminar los parásitos que bloquean el tubo intestinal o drenar un absceso y prevenir una infección generalizada y probablemente mortal de un paciente como Don Ignacio. Los terrenos de acción son diferentes y por eso no tiene por qué haber conflicto. Y el respeto a la libertad de decisión del paciente es una de las virtudes esenciales de la profesión médica en general.

Al fin y al cabo, el desafío de la interculturalidad en el campo de la salud se desprende del hecho de que la atención médica siempre representa una interacción social entre dos o más individuos, de los cuales cada uno tiene su trasfondo cultural particular. Sin embargo, éste nunca es estable sino cambia con el tiempo y con las experiencias ganadas o sufridas por cada individuo. Incluye conceptos acerca de salud, enfermedad y recursos terapéuticos que de hecho suelen estar íntimamente relacionados con la concepción peculiar del mundo y del ser humano de cada persona. Sin embargo, fuera de contextos profesionales son inconstantes y más allá de los valores básicos son flexibles y solo escasamente definidos, también por que la enfermedad y el sufrimiento implican impulsos fuertes hacia la acción y el pragmatismo para conseguir alivio.¹⁵ De este modo, la medicina occidental y la cirugía ya han entrado profundamente en el repertorio de pensamientos, recursos y actividades de la mayoría de los habitantes indígenas de la zona de Nuevo Rocafuerte. En los años de la ausencia temporal de Manuel Amunárriz después de 1994, cuando el hospital estaba de vez en cuando sin servicio, se notaba fuertemente la carencia de esta opción curativa: el campo de acción específico y apreciado del hospital fue temporalmente abandonado y no pudo ser compensado por otros actores o instituciones. La percepción de la misma depende tanto de su calidad, eficacia y la satisfacción que en la práctica ofrece a las necesi-

dades de los usuarios, como de los valores y concepciones básicos particulares acerca de la vida, la enfermedad y la muerte. Los pacientes indígenas no dejan de pensar en la chonta pala cuando se acercan al médico ni dejan de percibir las dinámicas del “samay” del paciente ingresado con neumonía y conectado a suero y oxígeno.¹⁶ El arte del médico consiste, en estas situaciones, en acercarse de verdad al paciente y sus familiares, y a sus percepciones y prioridades en esta situación (Kleinman/Benson 2006).

Al preguntarle por las conclusiones generales qué se podría sacar de sus largos años de asistencia médica y quirúrgica con poblaciones indígenas en el hospital de Nuevo Rocafuerte, Manuel Amunárriz tardó en contestar. Se mostró mesurado en dar consejos de tipo general. Probablemente, una de las razones para abstenerse de dar algo similar a una “lección” de sus experiencias para enriquecer los debates actuales acerca de la medicina intercultural fue que los puntos que iba a señalar le parecerían poco antropológicos y, sobre todo, poco originales. Porque lo que al final dijo y lo que siempre solía emerger de nuestras conversaciones como las condiciones fundamentales para que los servicios de medicina occidental y cirugía sean útiles para la población indígena, han sido temas que a primera vista parecen más bien sencillos: El primer punto es – siempre – la calidad de la atención brindada, tanto en términos técnicos, como sociales y humanos. Hay que ejercer una buena medicina que ofrece soluciones a los problemas médicos de la gente y demuestra un interés serio tanto en las personas como en su enfermedad y sufrimiento.¹⁷ El segundo punto es la estabilidad institucional mencionada arriba, sin la cual ni el personal ni los pacientes puedan llegar a conocerse y tal vez apreciarse mutuamente¹⁸. Y finalmente, la capacidad de percibir y entender las necesidades y el punto de vista particular de pacientes y familiares (no solo) indígenas por parte del personal sanitario y los responsables al nivel administrativo y político. Son tres puntos en verdad poco originales, pero el ejemplo de Nuevo Rocafuerte indica con claridad lo que significa tomarlos en serio y llevarlos a la práctica.

La clave puede estar, por lo tanto, en el *ethos* del médico y de los demás responsables para la atención sanitaria en una región como la cuenca del bajo Napo ecuatoriano. Porque la diversidad étnica y social, las distancias y el rápido cambio socio-cultural hacen, como lo dijo otro médico, en otra época, pero en un lugar no muy lejos de Nuevo Rocafuerte, que “el médico para ser lo que debe ser no puede limitarse a hacer curaciones, a esperar que se le presenten los enfermos; ha de penetrar el medio; ha de interesarse por todos los aspectos de la vida del pueblo cuya protección es su propósito.”¹⁹ Agradecemos a Manuel Amunárriz el ejemplo y la orientación muy personal que nos ha ofrecido en este respecto.

Notas

- 1 Los autores están profundamente agradecidos a Manuel Amunárriz por la manera tan agradable, abierta, paciente y estimulante de cooperación para realizar este texto. Además, asumen la plena responsabilidad por posibles errores o faltas dentro del texto, incluyendo la transcripción de las entrevistas.
- 2 Franklin Tello fue Director General de Salud del Ecuador (institución anterior al Ministerio de Salud Pública) de origen esmeraldeño, que visitó Nuevo Rocafuerte antes del año 1965. El pequeño hospital municipal que existía en aquellos años y que fue predecesor del actual, recibió el nombre de Franklin Tello en honor a esta visita.
- 3 Acerca de la situación epidemiológica de la población, que en las últimas dos décadas ha sido fuertemente afectada por las explotaciones petroleras, véase: Amunárriz 1982, 1991a, 1994, San Sebastián / Hurtig 2005
- 4 Véase: Amunárriz 1982, 1984, 1991a, 1991b, 1994.
- 5 De hecho, las preguntas y respuestas tal como aparecen en este texto no son transcripciones literales de las diversas comunicaciones, sino resúmenes redactados por los autores y revisados por Manuel Amunárriz. Algunos de los ejemplos mencionados en esta entrevista pueden ser consultados en detalle en Amunárriz (1993).
- 6 La Paragonimiasis es una enfermedad causada por un parásito (*Paragonimus* sp.), que infecta los pulmones y otros órganos de humanos y mamíferos, y es transmitido por ejemplo a través del consumo de cangrejos, vid: Amunárriz 1982, 1991a, 1991b, 1994)
- 7 La palabra “*chonta pala*” (Kichwa) se refiere a una maldad (enfermedad, muerte) mandada por un *yachac* en forma de una “flecha mágica” (también: “*biruti*”). La chonta es una palmera con madera muy dura de la cual se fabricaba tradicionalmente las flechas de cacería con cerbatana. La palabra “*yachac*” se refiere a los “shamanes” de los grupos de lengua Kichwa. Acerca de la sabiduría, las actividades y el papel social de los *yachac* entre los Naporuna vid, por ejemplo:

- Goldáraz (2004, 2005), Knipper/Narváez/Mamallacta/Santi (1998), Knipper (2006), Uzendoski (2000), Whitten (1987).
- 8 El nombre ha sido cambiado.
- 9 Ayahuasca es la droga alucinógena utilizada por los yachac, véase p. ej.: Goldáraz (2004, 2005), Uzendoski (2000), Whitten (1987).
- 10 La pregunta se refiere al *Hospital Andino Alternativo de Chimborazo* en Riobamba, que por su enfoque integral ha despertado gran atención e interés a nivel internacional.
- 11 Con las palabras “mal viento” o “mal aire” (Castellano) se describe condiciones de mal estar de grados diferentes (desde leve hasta muy severo con consecuencias posiblemente mortales) atribuidos al contacto con almas de difuntos o espíritus, posiblemente mandados con finalidad maléfica por un yachac (Knipper/Narváez/Mamallacta/Santi, 1998). Véase, por ejemplo; PAHO 2002, WHO 2002, Knipper 2006.
- 12 La “Asociación de Promotores de Salud Naporuna Sandi Yura” y la “Fundación Salud Amazónica/FUSA” son organizaciones no-gubernamentales, que organizan la atención primaria en las comunidades Naporuna (Sandi Yura) y colonos (FUSA) en casi toda la Provincia de Orellana.
- 13 Experiencias propias de uno de los autores comprueban estas observaciones del Dr. Amunárriz. Un caso de colaboración estrecha entre médico y yachac, que finalmente fue solucionado dentro del hospital de Nuevo Rocafuerte, ha sido descrito en: Knipper (2005).
- 14 La diferencia sustancial entre la visión profesional por ejemplo del médico por un lado, y la de la persona que sufre y de sus familiares por el otro, es un hecho ampliamente conocido en todos los contextos culturales y analizado a cabalidad; vea por ejemplo Helman (2001) acerca de la diferencia entre “disease” y “illness” (en inglés).
- 15 Acerca del concepto de “*samay*”, que puede traducirse como “fuerza vital”, vea: Goldáraz 2005, y también Knipper/Narváez/Mamallacta/Santi (1998), Knipper (2005).
- 16 Una contribución interesante acerca de este punto en el contexto africano ofrece van der Geest (1997).
- 17 Para el médico y antropólogo Arthur Kleinman, la capacidad de explorar y entender lo que de verdad es el problema y el deseo de un paciente es la esencia de lo que se llama “competencia cultural” en contextos clínicos, para lo cual la aplicación de una perspectiva etnográfica adaptada es esencial; véase: Kleinman/Benson 2006.
- 18 Kuczynski-Godard (1944): 104. Véase también: Cueto (2001), Knipper (2009)

Bibliografía

- AMUNÁRRIZ, Manuel
- 1982 *Salud y Enfermedad. Patología Tropical en la Amazonía Ecuatoriana*. CICAME, Pompeya, 1982. 120 pp.
- 1984 Paracoccidiodomicosis pulmonar en el Nororiente Ecuatoriano. *Medicina Tropical y Parasitología*, 1: 23-26.
- 1991a *Estudios sobre Patologías Tropicales en la Amazonía Ecuatoriana*. CICAME, Pompeya.
- 1991b Intermediate Hosts of Paragonimus in the Eastern Amazonic Region of Ecuador. *Tropical Medicine and Parasitology* 42: 164-166
- 1993 *La Aventura de curar en la Selva Amazónica. Crónicas desde el Hospital Franklin Tello*. CICAME, Pompeya.
- 1994 *Crónicas incompletas sobre Patologías Tropicales. Desde la Selva Amazónica*. CICAME. Pompeya.
- CUETO, Marcos.
- 2001 Un médico Alemán en los Andes: La visión médico social de Máxime Kuczynski-Godard. En: *Allpanchis* 56: 39-74.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ, Gerardo
- 2006 “Al hospital van los que mueren” Desencuentros en salud intercultural en los Andes Bolivianos. En: Fernández Juárez, Gerardo (Coord.): *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultrual*. Abya Yala, Quito/Ecuador: 317-336.
- GOLDÁRAZ, José Miguel
- 2004 *Mushuk Pacha. Hacia la Tierra sin Mal*. (Kawsaykama 2). CICAME, Quito.
- 2005 *Samay, la herencia del espíritu. Cosmovisión y ética naporuna*. (Kawsaykama 4) CICAME, Quito
- HELMAN, Cecil
- 2001 *Culture, health and Illness*. Arnold, London.

- KLEINMAN, Arthur; BENSON, Peter
2006 Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix it. PLOS Medicine 3(10) e294, DOI: 10.1371/journal.pmed.0030294
- KNIPPER, Michael
2005 "Self, soul and intravenous infusion: medical pluralism and the concept of samay among the Naporuna in Ecuador". En: JOHANNESSEN, Helle; LAZAR, Imre (Ed.): *Multiple medical realities. Patients and healers in biomedical, alternative and traditional medicine*. pp. 238-261, Bergahn, Oxford/New York,
2006 El reto de la "medicina intercultural" y la historia de la "medicina tradicional" indígena contemporánea. In: Fernández Juárez, Gerardo (Coord.): *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Abya Yala, Quito/Ecuador: 413-432.
2009 Antropología y "crisis de la medicina": el patólogo M. Kuczynski-Godard (1890-1967) y las poblaciones nativas en Asia Central y Perú. *DYNAMIS. Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam* 29, 2009: 97-121
- KNIPPER, Michael; MAMALLACTA, Galo; NARVÁEZ, Mauricio; SANTI, Santiago
1999 *Mal Aire entre los Naporuna. Enfermedades por viento entre la gente que vivimos a la orilla del río Napo*. CICAME, FCUNAE y Sandi Yura, Coca, Ecuador
- KUCZYNSKI-GODARD, Máxime
1944 *La vida en la Amazonía peruana. Observaciones de un médico*. Librería Internacional del Perú, Lima (re-edición en versión digital: 2004, Lima: UNMSM/COFIDE, acceso: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibVirtual/Libros/Medicina/vida_amazon/ficha.htm)
- PAHO
2002 "Traditional, Complementary and Alternative Medicine and Therapies in the Americas: Policies, Plans and Programs". *Division of Health Systems and Services Development*, Washington, D. C., Pan American Health Organization/World Health Organization
- SAN SEBASTIAN, Miguel; HURTIG, Anna-Karin (Comp.)
2005 Sachapi Tapusa. Investigaciones sanitarias en la Amazonía ecuatoriana, 1998-2003. CICAME, Quito.
- UZENDOSKI, Michael A.
2000 *The Articulation of Value among the Napo Runa of the Upper Ecuadorian Amazon*. PhD. dissertation University of Virginia
- VAN DER GEEST, Sjaak
1997 "Is there a role for traditional medicine in basic health services in Africa? A plea for a community perspective". *Tropical Medicine and International Health* 2, 9, pp. 903-911.
- WHITTEN, Norman E.
1987 *Sacha Runa. Etnicidad y adaptación de los Quichua Hablantes de la Amazonia Ecuatoriana*. Edit. Abya-Yala, Quito
- WHO
2002 *WHO Traditional Medicine Strategy 2002-2005*. World Health Organization, Geneva



Figura 1
Manuel Amunárriz en acción. (Cortesía de Manuel Amunárriz)



Figura 2
El hospital Franklin Tello , Nuevo Rocafuerte (Cortesía de Manuel Amunárriz)



Figura 3
Localización de Nuevo Rocafuerte. (Michael Kniepper)

Gerardo Fernández Juárez
(Coordinador)

SALUD E INTERCULTURALIDAD EN AMÉRICA LATINA

Prácticas Quirúrgicas y Pueblos Originarios

3



2009